Rok XLIV. Kraków 28 Stycznia 1905. Nr. 4.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. W sprawie wydzielania przez prawidłową wątrobę mikrobów, krążących we krwi.

Praca, wykonana w Zakładzie patologii ogólnej i doświadczalnej Uniw. Jag. pod kierunkiem prof. K. Kleckiego.

Przez

Asystenta Zakładu **Adama Wrzoska.**

Do spraw pierwszorzędnych w patologii ogólnej zakażeń należy niejednokrotnie już rozwiązywane, lecz dotychczas ostatecznie nie rozwiązane zagadnienie: czy mikroby, we krwi krążące, wydzielają się z żółcią w warunkach prawidłowych? Dwie są główne przyczyny, dlaczego w sprawie tej rozmaici badacze doszli do wręcz przeciwnych wniosków. Pierwsza przyczyna, — to niejasne określenie warunków, w jakich wydzielanie się mikrobów ze krwi należy uważać za fizyologiczne. Drugiej przyczyny należy szukać w niedostatecznej krytyce metod badania.

Zdaniem mojem wydzielanie się z żółcią mikrobów, krążących we krwi, wtedy tylko uważać można za sprawę fizyologiczną, jeżeli odbywa się ono w następujących warunkach: po pierwsze, jeśli rzeczone wydzielanie odbywa się u zwierząt zupełnie zdrowych; powtóre, jeśli wątroba, przez którą mikroby przechodzą ze krwi do żółci, nie wykazuje żadnych zmian ani makroskopowych, ani mikroskopowych; po trzecie, jeśli wydzielanie mikrobów odbywa się zawsze, a przynajmniej zawsze u tych zwierząt, we krwi których krążą znaczne ilości mikrobów; po czwarte, jeśli mikroby, do krwi wprowadzone, rychło wydzielają się z żółcią, a nie dopiero po upływie kilku lub nawet kilkunastu godzin. Stąd wypływa następująca uwaga: jeżeli się zwierzętom wprowadza do krwi mikroby jadowite, jest rzeczą ze wszechmiar wskazaną, aby brać żółć do badania jaknajrychlej po zakażeniu, zanim jeszcze jakiekolwiek zaburzenia w ustroju wystąpią i zanim można się spodziewać w wątrobie jakichkolwiek, choćby najdrobniejszych zmian. Z tego powodu dla zajmującej nas sprawy niema żadnego zgoła znaczenia bakteryologiczne badanie żółci zwierząt, u których już zjawiska chorobowe wystąpiły, lub żółci zwierząt, które na zakażenie padły. Albowiem, jeśli mikroby, do krwi wprowadzone, nie zaraz wydzielają się przez wątrobę, lecz dopiero po upływie pewnego czasu, to okoliczność ta wskazuje, że w narządzie tym zaszły pewne zmiany, dzięki którym odbywa się wspomniane wydzielanie.

Dotychczasowi badacze dwojakim sposobem zbierali żółć do badania bakteryologicznego. Jedni po wprowadzeniu mikrobów do krwi, usypiali lub zabijali zwierzęta, poczem pipetą Pasteura lub strzykawką Pravaza brali żółć wprost z woreczka żółciowego. Drudzy wprowadzali rurkę do przewodu żółciowego wspólnego i zeń czerpali żółć.

Ani jednej, ani drugiej metody idealną nazwać nie można, albowiem, zbierając żółć wspomnianemi metodami, nie możemy nigdy z góry wyłączyć możliwości domieszek krwi. A skoro się choć jedna kropelka krwi do żółci dostanie, dostaną się z nią zaraz mikroby, we krwi krążące, a przeto całe doświadczenie za chybione uważać należy. Rzecz oczywista, że łatwiej uniknąć jest domieszek krwi, zbierając żółć pipetą z woreczka żółciowego, gdyż wówczas wbijamy tylko włoskowaty koniec pipety do ściany woreczka, aniżeli gdy zbieramy żółć za pomocą rurki, wprowadzonej do przewodu żółciowego wspólnego, musimy bowiem wtedy robić stosunkowo znaczny otwór w przewodzie żółciowym i umocować w nim silnie rurkę nitką jedwabną, którą łatwo uszkodzić możemy drobne naczynia krwionośne przewodu. Wbijając pipetę do woreczka żółciowego w miejscu, przypalonem dokładnie uprzednio żegadłem, w znacznej większości przypadków możemy uniknąć domieszek krwi. Lecz metoda, w mowie będąca, posiada tę niedogodność, iż żółć wydzielana z wątroby, dostawszy się do woreczka żółciowego, pozostawać tam musi przez pewien czas, krótszy lub dłuższy, zależnie od trwania doświadczenia. Jeżeliby żółć wpływała zabójczo na mikroby, któreśmy do krwi wprowadzili, to mikroby te, gdyby się nawet wydzieliły ze krwi do żółci, mogłyby w niej zginąć, zwłaszcza wobec dłuższego w woreczku żółciowym przebywania. A wtedy wynik badania bakteryologicznego żółci mógłby być stale ujemny, niezależnie od tego, czy mikroby, krążące we krwi, wydzielałyby się żółcią lub nie. Należy przeto zawsze, posługując się wspomnianą metodą, badać, jak żółć danego zwierzęcia wpływa na mikroby tego samego szczepu, którymy do krwi wprowadzili. Jeśli się okaże, iż żółć wpływa zabójczo, doświadczenia takie przy wyciąganiu wniosków w rachubę całkiem iść nie mogą. Przy drugiej metodzie, zapomocą której zbieramy żółć z rurki, wprowadzonej do przewodu żółciowego wspólnego, bakteryobójcze własności żółci nie odgrywają żadnej roli, lub też bardzo małą.

Stosując tę metodę, moglibyśmy również określić czas, w którym zaczynają się wydzielać mikroby ze krwi do żółci, oraz czas, w którym wydzielanie takowe ustaje. Atoli metoda czerpania żółci za pomocą rurki, wprowadzonej do przewodu żółciowego wspólnego, ma tę wielką wadę, iż przy niej bez porównania częściej mogą się zdarzać domieszki krwi do żółci, aniżeli przy metodzie pierwszej. A co ważniejsza, nie możemy sprawdzać owych przypuszczalnych domieszek krwi, gdyż żółć, posiadając w bardzo silnym stopniu własności hemolityczne, rychło rozpuszcza krwinki, które się do niej dostaną. Że istotnie przy drugiej metodzie często się mogą przytrafiać domieszki krwi, przekonały mnie analogiczne badania, dotąd nieogłoszone, nad przechodzeniem

mikrobów, krążących we krwi, przez nerki. W badaniach tych można było sprawdzać domieszki krwi do moczu, gdyż mocz własności hemolitycznych nie posiada. W ośmiu doświadczeniach wprowadzałem zwierzętom rurkę do jednego lub obu moczowodów, wstrzykiwałem im mikroby do krwi, a wypływający z rurki mocz zbierałem do badania. We wszystkich przypadkach wypływający mocz był zupełnie przezroczysty; nie mogłem w nim zauważyć ani śladu domieszek krwi. Wszakże, centryfugując mniejsze lub większe ilości tego moczu, przekonałem się niebawem, iż osad z moczu w pięciu przypadkach zawierał krwinki, czasem dość liczne, a tylko w trzech przypadkach nie zawierał ich wcale. Wedle wszelkiego do prawdy podobieństwa rzecz się ma podobnie, gdy zbieramy żółć z rurki, wprowadzonej do przewodu żółciowego wspólnego.

Na zasadzie powyższej krytyki metod badania możemy wysnuć następujący wniosek. Jeżeli wydzielanie mikrobów, krążących we krwi, należy do czynności fizyologicznych wątroby, jak to niektórzy badacze utrzymują, w takim razie powinniśmy zawsze znajdować rzeczone mikroby w żółci, czerpanej z rurki, wprowadzonej do przewodu żółciowego spólnego; w żółci, zbieranej pipetą z woreczka żółciowego, także powinniśmy znajdować wprowadzone do krwi mikroby stale, o ile jednoczesne badanie bakteryobójczości żółci wykazało, iż żółć dla danych mikrobów własności zabójczych nie posiada. Jeżeli natomiast wątroba w warunkach prawidłowych mikrobów ze krwi nie wydziela, to posługując się zarówno jedną, jak i drugą metodą, powinniśmy wyniki bakteryologicznego badania żółci otrzymywać ujemne; lecz, wskutek niedających się czasem uniknąć domieszek krwi do żółci, możemy otrzymywać również i wyniki dodatnie, przyczem wyników takowych daleko więcej spodziewać się można, zbierając żółć z przewodu żółciowego wspólnego, aniżeli zbierając ją z woreczka żółciowego.

Ponieważ żadna z dotychczasowych prac, w tej sprawie ogłoszonych, wszystkim postawionym wyżej wymaganiom zadosyć nie czyni, przeto wskazaną było rzeczą zająć się ponownie rozwiązaniem tego zagadnienia. Badania swoje wykonałem na 16 psach, 2 królikach i 2 świnkach morskich [1]). Wszystkie, użyte do doświadczeń zwierzęta, usypiałem, poczem wstrzykiwałem im do żyły już to bulionowe hodowle *bacterii prodigiosi*, *b. fluoresc. n. liqu.*, *b. kiliense*, *b. coli comm.*, *b. pyocyanei*, *b. typhi* i *staphylococ. pyog aurei*, już to tych samych mikrobów hodowle agarowe, zawieszone w fizyologicznym roztworze soli kuchennej. Hodowle były zazwyczaj kilkunastogodzinne, wyjątkowo tylko starsze. Ilość wstrzykiwanej jednorazowo hodowli wynosiła jeden centymetr sześcienny. W większości doświadczeń wstrzykiwałem zwierzętom po upływie godziny powtórną jednocentymetrową dawkę mikrobów innego gatunku, niż poprzednio. Od czasu do czasu brałem krew z tętnicy szyjnej i szczepiłem ją do bulionu, aby sprawdzić, czy mikroby, wprowadzone do krwi, krążą w niej jeszcze. W godzinę lub kilka po wstrzyknięciu mikrobów do krwi otwierałem zwierzęciu brzuch, przypalałem rozpalonem żelazem jedno miejsce na ścianie woreczka żółciowego, wkłuwałem w to miejsce pipetę Pasteura i wciągałem do niej żółć. Otrzymaną w ten sposób żółć w ilości od $^1/_4$ do 2 ctm.³ szczepiłem natychmiast do bulionu, żelatyny lub na agar. W sześciu doświadczeniach zbierałem żółć z przewodu żółciowego wspólnego zapomocą rurki moczowodowej prof. Kleckiego; przyczem w czterech z tych sześciu doświadczeń zbierałem także żółć sposobem wyżej opisanym z woreczka żółciowego. Po ukończeniu doświadczenia badałem wątrobę makroskopowo i mikroskopowo. Co się tyczy wreszcie zabójczych własności żółci dla mikrobów, które wprowadzałem zwierzętom do krwi, to odpowiednie badania, wykonane metodą Buchnera, wykazały, że żółć bynajmniej szkodliwie na wspomniane mikroby nie wpływa; owszem, dla niektórych z nich, jak *bacter. prodigiosum*, *b. coli commune* i *b. pyocyaneus*, była nawet niezłą pożywką.

Wyniki doświadczeń moich, pomimo iż mikroby wstrzyknięte do krwi krążyły w niej ciągu całego trwania doświadczeń i pomimo że wątroba żadnych zmian nie wykazywała, były przeważnie ujemne. Wstrzyknięte do krwi mikroby udało mi się wyhodować z żółci tylko trzy razy, a mianowicie: na 18 przypadków badania żółci, zaczerpniętej z woreczka żółciowego, raz jeden i na 6 przypadków badania żółci z przewodu żółciowego wspólnego — dwa razy. A ponieważ nieliczne wyniki dodatnie, w myśl tego, co się wyżej powiedziało, należy przypisać wadom techniki badania, licznych zaś wyników ujemnych żadną miarą na karb rzekomej bakteryobójczości żółci położyć nie można, przeto nasuwa się tylko jeden wniosek, iż **wątroba w stanie prawidłowym mikrobów, we krwi krążących, nie wydziela.**

II. O lekarzach w Babilonii i o czynności ich wchodzącej w zakres okulistyki.

Na podstawie nieznanego dotąd źródła.

napisał

Prof. Dr. E. Machek.

(Ciąg dalszy).

Paragrafy o lekarzach rozpoczynają tę część kodeksu, która dotyczy zawodów. Treścią dzieli się kodeks na dwie wielkie części: pierwsza dotyczy spraw wspólnych wszystkim ludziom, a więc traktuje o zbrodniach, długach, o prawie małżeńskiem, spadkowem i t. d., a od § 215 aż do końca jest mowa o sprawach, tyczących się różnych zawodów i stanów. Lekarze wymienieni są na pierwszem miejscu; już z tego pierwszeństwa, który lekarzowi przyznaje kodeks, wynika wobec wspomnianego układu, jakie lekarze zajmowali stanowisko. Po nich wymienia budowniczych domów (§ 228—233) — stan, który ze względu, że w owych czasach małych potrzeb, stawiając domy, dostarczał najpotrzebniejszej, a stosunkowo kosztownej rzeczy, musiał mieć niepoślednie znaczenie; — dalej budowniczych okrętów (§ 234—240), dzierżawców bydła — stan także poważny, gdyż właśnie oni dostarczali dochodów bogatym, których bogactwo stanowiło przeważnie bydło. Dalej jest mowa o rzemieślnikach, o garncarzach, krawcach, stolarzach, powroźnikach, murarzach i t. d., a na końcu o obowiązkach

[1]) Dokładny opis doświadczeń i krytykę prac dotychczasowych badaczów znajdzie czytelnik w pracy mojej p. n.: „Badania nad przechodzeniem mikrobów ze krwi do żółci w warunkach prawidłowych“, która się ma wkrótce ukazać w „Rozprawach Wydziału matem.-przyrodniczego Akademii Umiejętności“.

niewolników. Nie ulega tedy wątpliwości, że lekarze pomiędzy zawodowcami zajmowali najpoważniejsze stanowisko. O weterynarzu i postrzygaczu mówi kodeks zaraz po lekarzach, wynika to z natury rzeczy. Społeczeństwo miało już poczucie służby sanitarnej i byłoby nienaturalną rzeczą, gdyby tam, gdzie się już mówi o lekarzu, nie wspomniano o weterynarzu. Postrzygacz był widocznie tem, czem do niedawna byli u nas cyrulicy, którzy stanowili niższą służbę sanitarną, wyręczającą lekarza w pewnych posługach lekarskich. Jeżeli tedy kodeks miał wogóle coś do powiedzenia o nich, należało to uczynić w tem miejscu, w którem to istotnie uczynił.

Paragrafy, dotyczące wynagrodzenia za czynności lekarskie, tak opiewają:

§ 215. „Jeżeli lekarz zada człowiekowi ciężką ranę (operacyjną) nożem bronzowym, a człowieka przy życiu utrzyma (wyleczy), albo jeżeli nagabti człowieka nożem bronzowym przetnie, a oko człowieka wyleczy, otrzyma 10 syklów srebra (sigil kaspi)“.

§ 216. „Jeżeli nim jest muskenu, otrzyma 5 syklów srebra“.

§ 217. „Jeżeli nim jest niewolnik, właściciel niewolnika zapłaci lekarzowi 2 sykli srebra“.

§ 221. „Jeżeli lekarz złamaną kończynę wprawi, albo chore wnętrzności wygoi, zapłaci chory lekarzowi 5 syklów srebra“.

§ 222. „Jeżeli to był muskenu, zapłaci trzy sykli srebra“.

§ 223. „Jeżeli to był niewolnik, płaci właściciel niewolnika lekarzowi 2 sykli srebra“.

Paragrafy powyższe, które stanowią właściwie taryfę za czynności lekarskie, dostarczają cennego materyału, z którego można wyrobić sobie wyobrażenie o zakresie działalności lekarza babilońskiego.

Przedewszystkiem zaznaczyć należy, że pod owe czasy w Babilonie wykonywali lekarze operacye. Wyprzedzili tedy o wiele żydów. W Piśmie świętem Starego Testamentu dość często jest wzmianka o leczeniu i zawiązywaniu ran, o operacyi — z wyjątkiem obrzezania — nie ma żadnej [3]).

Operacye wykonywano nożem bronzowym, gdyż bronzu używano do sporządzenia narzędzi operacyjnych i broni w owych czasach.

Jakie operacye chirurgiczne wykonywano, trudno powiedzieć na podstawie tych źródeł: mowa jest o ciężkiej ranie, zadanej nożem bronzowym; gdyby jednakże chodziło jedynie o przecięcia ropni, to i ta operacya w pewnych przypadkach wczas wykonana, miałaby doniosłe znaczenie. Daleko ciekawszy jest drugi ustęp § 215, który mówi o operacyi ocznej. Jakaż to była choroba, która polegała na tem, że przecięto nożem bronzowym „nagabti“, a oko człowieka wyleczono? Scheil [4]) i Winckler [5]) domyślają się, że tu chodzi o operacyę zaćmy. Byłoby to dla okulistów rzeczą nową, gdyby można wykazać, że już przed 4000 lat takie operacye wykonywano. Wiadomo bowiem, że za Hippokratesa i za czasów klasycznych w Grecyi nauka o zaćmie nie istniała. Jedynie w aforyzmach Hippokratesa jest wzmianka o niebieskawem zabarwieniu źrenicy u starych ludzi (γλαυκώσεες), a nie ulega wątpliwości (stwierdzają to zapiski późniejszych autorów), że tu chodzi o zaćmienie soczewki, powstałe skutkiem zaćmy schyłkowej [6]). To wszystko, co o zaćmie wiemy z medycyny Hippokratesa i jego szkoły. Pierwszą wzmiankę o patologii zaćmy, a równocześnie dokładnie opisaną operacyę zaćmy przez zatopienie w ciałku szklistem (*depressio*, *reclinatio*), napotykamy u Celsusa i to w drugiej części jego encyklopedyi, napisanej już po narodzeniu Chrystusa. (Żył 25 przed Chr. — 50 po Chr.). Tłómaczenie sprawy patologicznej było błędne, ale leczenie drogą operacyi, podane przez Celsusa, stanowi wynalazek pierwszorzędnego znaczenia. Operacyę, tak jak ją Celsus opisał, stosowano z małemi odmianami (Indowie i Arabowie), jako jedyną operacyę zaćmy aż do połowy ośmnastego wieku, to jest do wynalezienia wydobywania zaćmy przez Daviela (1745). A pomimo późniejszego wydoskonalenia wydobywania zaćmy [7]) wykonywano operacyę Celsusa dość często, jeszcze w wieku dziewiętnastym. A teraz kodeks Hammurabiego każe się domyślać, że przed przeszło 4000 lat wykonywano operacyę, która ma być operacyą zaćmy. Wiadomość ta dla okulistów niemniej ciekawą jest niespodzianką, jak dla prawników odkrycie systematycznego kodeksu, istniejącego w tak dawnych czasach. Do rozstrzygnięcia pytania, jaka to była operacya, polegająca na przecięciu nagabti, powrócimy, poznawszy dalsze paragrafy kodeksu.

Najważniejszą i najlepiej płatną z czynności lekarskich i dlatego na pierwszem miejscu wymienioną, jest „ciężka rana operacyjna“ i operacya nagabti na oku. Zapłata za tę czynność jest różna, według tego, na kim lekarz operacyę wykonał, kogo operacyą wyleczył i komu oko odratował, zupełnie tak, jak za naszych czasów.

Zwykły obywatel, przez kodeks niekwalifikowany, tu należy rozumieć wolnego obywatela, prawdopodobnie zamożnego, płacił 10 syklów; człowiek w innych — zdaje się skromniejszych żyjący warunkach, którego kodeks nazywa muskenu, płaci tylko 5 syklów, a za niewolnika, który pracuje dla swojego pana, płaci właściciel tylko $^{1}/_{5}$ tego, co zapłaciłby wolny obywatel, to jest 2 sykli srebra. Obowiązku bezpłatnego leczenia prawo nie przewiduje; widocznie, że obowiązek niesienia pomocy bezpłatnej, obowiązek niesienia ofiary ze strony jednostki, która może dać pomoc, dla jednostki, potrzebującej pomocy, a ubogiej i nieszczęśliwej, nakłada na lekarza o wiele późniejsza cywilizacya.

W tym świecie Wschodu — oprócz obywateli wolnych i niewolników — dwie klasy ludzi, znane nam z historyi świata starożytnego, — poznajemy jeszcze muskenu, postać nową, dotąd wogóle w historyi nieznaną. W kodeksie znachodzimy wzmiankę o muskenu 14 razy. Zdaje się, że byli to ludzie wolni, lecz skromnie uposażeni majątkowo; że nie byli zupełnie ubodzy, dowodzą §§ 219 i 220, które mówią o niewolnikach, będących własnością muskenu [8]).

[3]) U. p. Ezechiela 34. 4: „Słabych nieposilacie, a chorego nieleczycie i złamanego niezawiązujecie.“

[4]) J. w.

[5]) Hugo Winckler: Die Gesetze Hammurabis, Königs von Babylon 2256 v. Ch. Das älteste Gesetzbuch der Welt. Leipzig 1903.

[6]) Hirschberg: Graefe und Saemisch, wyd. II, T. XII, p. 286.

[7]) Daviel. Beer, Graefe.

[8]) W oryginale stoi Masenkak, według Zimmera czytać należy muskenu, wymowa semicka. Muskenu tłómaczy Scheil „noble“, Winckler „wyzwoleniec“, Johns „poor man“, Müller zaś „Armenstiftler“, domyślając się, że ci ludzie żyli w pewnego rodzaju domach ubogich, które były instytucyami publicznemi; dosłownie według Müllera muskenu znaczy: człowiek ubogi.

Do innych czynności lekarskich, za które kodeks niższą wyznaczał zapłatę, należały: wprawienie złamanej kończyny i wygojenie chorych wnętrzności. Zdaje się, że tu chodzi o wprawienie zwichniętej i opatrzenie złamanej kończyny, a więc o medycynę znaną także w Palestynie. Co się tyczy wygojenia chorych wnętrzności, to możnaby myśleć o opadnięciu kiszki stolcowej, macicy, krwawnicach ciekących i zawartych i t. d., lecz prawdopodobnie jest tu mowa o chorobach wewnętrznych. Wolny obywatel za tę czynność płacił 5. muskenu 3 sykli, za niewolnika zaś płacił właściciel 2 sykli, a więc w tym przypadku tyle, co za operacyę ciężką lub za operacyę nagabti.

Wynagrodzenie za usługę lekarską, czyli honoraryum lekarskie, jakbyśmy dziś powiedzieli, było dość wysokie. Dotyczyło całego leczenia, gdyż prawodawca mówi, że należnem jest, jeżeli lekarz człowieka przy życiu utrzyma, albo jeżeli oko wyleczy — pojęcia, które wymagają pewnego czasu, aby je stwierdzić. Płacono syklami srebra. Nie była to moneta w dzisiejszem znaczeniu, gdyż w tych czasach monet wogóle nie znano; nie ulega jednakże wątpliwości, że była to pewna ilość odważonego srebra, a więc bryłka srebra. Przemawia za tem także zwrot, jak: „należytość odważyć“, co znaczy zapłacić (§ 119, § 278). Trudno również oznaczyć, wiele to było. W różnych miejscach kodeksu jest wzmianka o wartościach w srebrze, a więc wagach srebra. Najwyższa, o której wspomina kodeks, jest mina srebra (mane kaspi), niższą sykel (šigil kaspi), najniższą se (še kaspi).

Nam przedewszystkiem chodzi o zbadanie, jaką wartość miał sykel, a to z tego powodu, że bądź co bądź wysokość honoraryum lekarskiego wykazuje, jakie było materyalne położenie lekarzy i do pewnego stopnia dowodzi znaczenia, jakiem się w społeczeństwie cieszyli.

Słowo sîgil, a więc nasz babiloński sykel, spotykamy w pismach Starego Testamentu [9]). U żydów nazywa się szekel izraelski, co oznaczało starożydowski ciężar do ważenia szlachetnych metali i klejnotów. Nazwa pochodziła od medyckiego siglos. W późniejszych czasach bito w Palestynie monety srebrne, które nazywano szeklami. Książe Szymon Makabeusz bił taką monetę, dziś bardzo rzadką, którą można n. p. w berlińskim zbiorze numizmatycznym oglądać. Waży coś ponad 14·0 gr. czystego srebra. Na okrągłej, ale nieregularnej monecie wybity jest kielich, kwiaty i przyrządy religijne, a starożydowskiem pismem napisane: „Szekel Izraela“ i „Jeruzalem miasto święte“. Prawdopodobnem jest, że sykel Hammurabiego tak ciężki był, jak żydowski, wszak chodziło tu o wagę; że jednak miał inną wartość, nie ulega wątpliwości. Szymona Makabeusza (138 l. przed Chr.) dzieli od Hammurabiego przeszło 20 wieków, w sam raz tyle, wiele nas dzieli od czasów Makabeuszów.

Byłoby ciekawą rzeczą, gdyby można wykazać, jaka była wartość współczesna sykla, co można było za sykel kupić?

Otóż o wartości syklów można powziąść wyobrażenie dość dokładne, zestawiwszy różne paragrafy kodeksu, w których o nim mowa. I tak, § 234 mówi: „Jeżeli budowniczy okrętów zbuduje człowiekowi okręt o 60 gur, otrzyma jako zapłatę 2 sykli srebra“. A że lekarz, który przetnie nagabti i oko wyleczy, otrzyma 10 syklów srebra, jako honoraryum, tedy otrzyma taką ilość srebra, za którą budowniczy okrętów wybuduje 5 okrętów o 60 gur. Gur jest miarą pojemności, jak n. p. nasz korzec. Tego dowodzi § 242: „Jeżeli człowiek na rok wynajmie robocze bydlę (wołu), da 4 gur zboża właścicielowi.“ § 258 zaś mówi: „Jeżeli człowiek wynajmie dozorcę wołów, zapłaci mu 6 gur zboża rocznie“. Okręt tedy, który budowniczy wybudował za 2 sykli, miał taką pojemność, że mógłby pomieścić zboże, które dziesięciu dozorców wołów zarobiło za cały rok, gdyż jeden dozorca dostał 6 gur zboża, a okręt zbudowany był na 60 gur.

Se miało małą wartość: zdaje się, że za dzień roboty brał stolarz 4 se, mówimy — zdaje się, — gdyż znak, oznaczający 4, jest nie bardzo czytelny na kamieniu. W § 274 oznaczono zapłatę za dzień pracy dla krawca, stolarza, garncarza i t. d., lecz liczby, które oznaczały wysokość zarobku, mimo twardości dyorytu dłutem zniszczono tak, że zaledwie za robotę stolarską można się domyśleć liczby (4). Mimowoli na myśl przychodzi, że kiedyś niezadowolony naród rzemieślników babilońskich zniszczył kamienny dokument, ustalający cenę za pracę. Wszak w owych czasach, tak jak dziś, na cenę za pracę ludzką wpływać musiał popyt i podaż, ilość ludności, czasy wojny i głodu; cena zaś, raz na zawsze ustalona, prawdopodobnie wychodziła na niekorzyść klas zarobkujących.

Z powyżej przytoczonych dat wynika, że lekarze stanowili osobny stan, różny od stanu kapłanów, stan poważany, że wykonywali operacye chirurgiczne i oczne, że byli dobrze za to płatni, mogli sądownie swojego honoraryum dochodzić, gdyż inaczej ustanowienie prawne nie miałoby znaczenia, że bezpłatnie leczyć nie mieli obowiązku, gdyż nawet za niewolnika obowiązany był właściciel zapłacić.

(Dok. nast.)

* * *

III. Z kliniki chirurgicznej prof. Kadera w Krakowie.

Przyczynek do leczenia niektórych stanów septycznych.

Napisał

F. Majewski,

asystent kliniki.

(Podług wykładu na XIII Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie w 1903 roku).

(Dokończenie.)

Nie ulega wątpliwości, że bardzo ważnym czynnikiem w zwalczaniu zakażenia jest fagocytoza, lecz stanowczo nie jest wszystkiem. Jak wiadomo, fagocytoza najsprawniej działa i najprędzej występuje albo w ustrojach uodpornionych, albo posiadających wrodzoną odporność. Ale i w tych razach dla pochłonięcia sztucznie wprowadzonych do ustroju zarazków potrzebny jest czas przynajmniej kilkugodzinny, od 8—10 godzin. W 3 wyżej przytoczonych naszych przypadkach surowica była wstrzykiwana nie ochronnie, ale jako środek leczniczy, t. j. do ustroju już chorego. Wywoływała ona tam poprawę znaczną objawów chorobowych już w parę godzin po zastosowaniu, t. j. w czasie, kiedy dzia-

[9]) Exodus 21. 32. „Jeżeli niewolnika ubódł wół, srebra trzydzieści syklów da panu jego, a wół on ukamienowany będzie“.

łania fagocytozy jeszcze nie mogło być. Objawy podmiotowe nie posiadają żadnej jednostki wymiernej. Pomimo że mają duże znaczenie, musimy kierować się innymi czynnikami w ocenianiu działania surowicy, chcąc to ostatnie ściśle liczbowo mierzyć. Doskonałą miarą probierczą jest ciepłota, zachowująca się w znacznej większości przypadków nadzwyczaj charakterystycznie. Ciepłota po zastosowaniu surowicy spadała zwykle już po upływie 2 godzin po wstrzyknięciu. Spadek ten sięgał nieraz więcej, niż 0,5⁰ i dochodził do 1,0⁰, świadcząc wymownie, że coś się w ustroju pod wpływem surowicy dokonywa, co łamie zwykły porządek objawów chorobowych.

Czas 2 godzin, wybrany dowolnie, w którym zwykle pierwszy raz sprawdzaliśmy stan ciepłoty po zastosowaniu surowicy, oczywiście nie oznacza początku odczynu ze strony ustroju; — odczyn ten musiał się rozpoczynać jeszcze wcześniej, to jest w czasie, w którym o znacznem ujawnieniu się fagocytozy mówić jeszcze mniej można, niż po upływie 2 godzin po wstrzyknięciu.

Z innych własności surowic zwierząt uodpornionych wchodzi jeszcze w grę ich własność antytoksyczna. Szybkość, z jaką używana przez nas surowica ujawniała swój wpływ na chory ustrój (spadek ciepłoty), pozwala podejrzywać w niej istnienie działania antytoksycznego.

O antytoksynach wiemy dzisiaj jeszcze bardzo niewiele. Pierwsi odkrywcy antytoksyny, Behring i Kitasato, wypowiedzieli zdanie, że krew uodpornionego zwierzęcia posiada własność niszczenia istot jadowitych, wytwarzanych przez szczepione mu drobnoustroje. Niedługo jednak okazało się, że twierdzenia tego fakta nie potwierdzają, albowiem opisane zostały doświadczenia, w których obojętna dla niektórych zwierząt mięszanina tężcowych toksyn i antytoksyn wywoływała u innych, więcej wrażliwych, typowy tężec (Buchner). Późniejsze jednak prace wykazały, że zachodzi pewne działanie bezpośrednie antytoksyny na toksynę, że jednak nie zawsze powoduje owo tworzenie się połączeń stałych, gdyż udaje się w rzekomo obojętnej mięszaninie tych dwóch ciał wykazać obecność typowych własności toksycznych (Ehrlich, Roux et Vaillard, Denys et Van de Velde, Calmette i inni). Tłómaczenie takie, aczkolwiek oparte na faktach, nie wyczerpuje jednak wszystkiego, co zostało w tej kwestyi przez różnych autorów zaznaczone. Są spostrzeżenia, świadczące o tem, że oprócz prostego wzajemnego oddziaływania na siebie toksyny i antytoksyny, niepoślednią rolę odgrywają w sprawie wrażliwości ustroju na działanie toksyny również i życiowe funkcye komórek ustroju. Tak naprzykład widziano zwierzęta, znacznie uodpornione, które zdychały po wprowadzeniu do ich ustroju nieco większej ilości toksyny, pomimo że krew ich zachowała swą wysoką wartość antytoksyczną (Brieger); zwracano również uwagę i na to, że niektóre swoiste surowice oprócz swoistego działania posiadają czasami inne — nieswoiste w stosunku do jadów innego pochodzenia, niż szczepionka (Pfeiffer, Calmette, Ehrlich). Zdarzały się nawet przypadki, w których taki płyn, jak bulion pożywkowy wykazywał niezaprzeczone działanie antytoksyczne, pomimo że jest to przecież płyn, w którym większość toksyn rozwija się bez przeszkody i gdzie o bezpośredniem działaniu na toksyny nie podobna mówić. Wszystko to przemawia za tem, że oprócz prostego działania surowic swoistych na odpowiednie toksyny, lub toksyny może chemicznie podobne innych drobnoustrojów, zachodzą tu jeszcze jakieś inne wpływy, działające uodporniająco na komórki tkanek zakażonego ustroju.

Dokładne wykazanie mechanizmu działania antytoksycznego używanej przez nas surowicy, jak widzimy, jest niemożebne; spostrzeżenia nasze przy łóżku chorego zgadzają się w zupełności z kilku wyszczególnionymi powyżej punktami i dowodzą, że w stosunku do wyników doświadczeń znajdujemy analogiczne zjawiska i przy leczeniu stanów zakaźnych ustroju ludzkiego zapomocą jednej ze swoistych surowic (przeciwpaciorkowcowej). Mianowicie oprócz działania antytoksycznego swoistego, istnienie którego starałem się uzasadnić powyżej, spostrzegaliśmy wybitne działanie antytoksyczne nieswoiste. W przypadku ostrego zapalenia ucha środkowego z następowem zapaleniem wyrostka sutkowego i ropnego zapalenia opon mózgowych, wywołanego dwoinkami Fränklowskiemi, surowica przeciwpaciorkowcowa wywołała szybki spadek ciepłoty. W przypadku zakażenia mięszanego otrzewnej za pomocą trzykrotnego zastosowania surowicy przeciwpaciorkowcowej sprowadziliśmy ciepłotę do poziomu prawidłowego.

Kończąc moje uwagi nad wynikami, otrzymanymi przy stosowaniu surowicy i przebiegiem pod wpływem tego leczenia niektórych spraw posoczniczych, nie mogę nie podkreślić tego przekonania, że surowica jako środek nieszkodliwy nawet w dużych ilościach, powinna znaleźć stałe zastosowanie w odpowiednim jej działaniu zakresie. Ażeby jednak poznać zakres jej skutecznego działania, potrzebne są doświadczenia kliniczne, oparte na dużym, naukowo ściśle badanym materyale. Jest to jeszcze sprawa przyszłości.

Po za właściwościami dodatniemi posiada surowica swoista, a w szczególności surowica przeciwpaciorkowcowa pewne niedogodności. Przedewszystkiem jest ona środkiem bardzo drogim, zwłaszcza drogą jest surowica przeciwpaciorkowcowa; zwykle trzeba jej używać w bardzo dużych ilościach do 50—60 nawet do 100 sz. ctm., na dawkę od t. j. 200 do 500 sz. ctm. w ciągu choroby. Następnie można jej dostać tylko w większych miastach i powinna być używana w możliwie świeżym stanie, przechowywać długo jej nie można, gdyż się psuje. Wreszcie jest to środek o potencyi nie ustalonej i sile działania różnorodnej.

Pomimo to wszystko, jak również i pomimo, że materyał, jakim rozporządzałem, był niewielki, mogliśmy, o ile sądzę, rozstrzygnąć sprawę zasadniczo: Wyniki, jakie otrzymaliśmy i pod względem uodporniania przeciw zakażeniu i pod względem leczenia ustroju ludzkiego w razie już dokonanego zakażenia, musimy uznać za dodatnie i zachęcające do prób dalszych. Dotychczasowe doświadczenia nasze, poniekąd i innych autorów, przemawiają za stosowaniem dużych doz surowicy, od 50 do 100 i więcej sz. ctm. na raz i tyle razy, ile tego stan chorego wymagać będzie.

Sprawa, jak często i kiedy należy wstrzykiwać surowicę, nie jest jednak rozstrzygniętą. Główne wskazania podaje nam ciepłota, a podnoszenie się ciepłoty jest wyrazem ustania dobroczynnego wpływu surowicy i wskazaniem, że należy do ustroju chorego wprowadzić ją ponownie. W niektórych przypadkach zarządził prof. Kader kilkakrotne wstrzykiwania jednego dnia. W historyi chorób uwzględniam

te i inne czynniki. Szczegółowiej będą one uwzględnione, zwłaszcza zachowanie się krwi, w pracy następnej.

Praca niniejsza została ukończona jeszcze w 1903 roku. Nie ogłosiłem jej z powodu, że wyjechałem na cały rok dla dalszych studyów do Instytutu Pasteura w Paryżu i nie mogłem uskutecznić niektórych uzupełnień, koniecznych, a możebnych ze względu na historye chorób tylko na miejscu w Krakowie. Ograniczam ją tu wyłącznie do uwzględnienia działania surowicy przeciwpaciorkowcowej, spostrzeganego w naszej klinice. Poza okres prób nie wyszliśmy jeszcze. Badania prowadzą się w klinice stale dalej — i w pracowni doświadczalnej i na chorych.

Wyniki ogłoszę w swoim czasie jednocześnie z uwzględnieniem najnowszego piśmiennictwa. Tutaj nadmieniam tyle tylko, że w drugiej połowie 1904 roku ogłoszone zostały drukiem prace Mikulicza, Miyakiego, Borhardta i Schmidta, dążące do zbadania sprawy zapobiegania rozwinięciu się pooperacyjnych zapaleń zakaźnych otrzewnej. Pracy mojej eksperymentalnej, ogłoszonej w r. 1902 w „Przeglądzie lekarskim“, nieuwzględnili autorowie ci wcale ze względu na to, że praca ta była drukowaną tylko w języku polskim. Nie dziwi mnie to wcale. Nadmieniam jednak, że Dr Heymann, asystent instytutu higieny prof. Flüggego we Wrocławiu, gdzie Miyaki pracował, korespondował w tej sprawie z prof. Kaderem przed ukazaniem się w druku pracy Miyakiego i prof. Kader podał mu miejsce i rok ukazania się pracy mojej. Prof. Mikulicza i Dr. Miyakiego poinformował prof. Kader ustnie o treści pracy mojej na Zjeździe chirurgów w Berlinie w kwietniu 1904 w dyskusyi po odczycie prof. Mikulicza na ten temat. Prawdopodobnie praca ta była wówczas już w druku i z tego względu moja nie mogła być uwzględnioną.

Historye choroby:

1. Chory *S. R.*, l. 14, 1902/3. Nr. 141. *Otitis media. Mastoiditis purulenta streptococcica.* 20/V *Trepanatio processus mastoidei. Thrombosis sinuum.* 27/V *Trepanatio sinuum transv. et sigm. sin. et ligatura venae jugularis.* W przebiegu choroby w ciągu 2 dni zrobiono 3 wstrzyknięcia surowicy przeciwpaciorkowcowej (28/V 40 sz. ctm. i 29/V 2 razy po 50 sz. ctm.) w ogólnej ilości 140 sz. ctm. Ciepłota, zmierzająca ku podniesieniu się, została wstrzymana na poziomie, nie przekraczającym 38,5. Poprawa objawów podmiotowych. Wyzdrowienie.

2. Chory *F. D.*, l. 33, 1902/3. Nr 189. *Otitis media. Cholesteatoma purulentum auri dextri Trepanatio processus mastoidei* 27/V. *Abscessus epiduralis. Thrombosis sinus transversi. Trepanatio sinuum. Ligatura venae jugularis* 21/VI. D. 26/VI wstrzyknięto 50 sz. ctm. surowicy. Lekka poprawa stanu ogólnego. *Gangraena pulmonum.* — Śmierć 1/VII.

3. Chory *F. P.*, l. 8, 1902/3 Nr. 198 *Otitis media. sin. Empyema processus mastoidei sin. Abscessus epiduralis. Thrombosis sinus transversi.* Dnia 27/VI *Trepanatio process. mast., trepanatio sinus transversi, ligatura venae jugularis.* 30/VI 50 sz. ctm. surowicy przeciwpaciorkowcowej. Spadek ciepłoty 1,4°. *Empyema proc. most. dextri.* D. 1/VII *trepanatio.* Wstrzyknięcie 80 sz. ctm. surowicy — bez skutku. Dnia 2/VII śmierć.

4. Chora *F. K.*, l. 29. 1902/3. Nr 53. *Otitis media. sin. Mastoiditis purulenta sin. strepto-diplococcica. Meningitis? Trepanatio processus mastoidei* 5/II. D. 6/II 40 sz. ctm. surowicy wywołały we dwie godziny po ich zadaniu obniżenie się ciepłoty o 1°C. Śmierć z powodu *meningitis purulenta* 7/II.

5. Chora *W. K.*, l. 34. Nr. 177. *Mastoiditis purulenta diplococcica. Abscessus epiduralis.* 22/VII *Trepanatio process. mastoidei. Meningitis purulenta.* D. 26/VII wstrzyknięcie 60 sz. ctm. surowicy: ciepłota obniżyła się w pierwsze dwie godziny po wprowadzeniu surowicy do ustroju z 38,4° do 37,2°, w następnych dwóch godzinach aż do 36,4°. We dwie godziny potem ciepłota znowu 38,6°. D. 27/VII śmierć wskutek zapalenia opon mózgowych.

6. Przypadek II: *Gonitis purulenta traumatica. Pyaemia streptococcica,* przytoczony w pracy na str. 16 Nr. 2 „Przegl. lek.“ — wyzdrowienie.

7. Przypadek III: *Peritonitis septica,* przytoczony w ciągu pracy na str. 16 Nr. 2 „Przegl. lek.“ — bezpośrednie wyzdrowienie. Śmierć we 3 tygodni po operacyi wskutek ropnia wśród zlepów kiszkowych.

8. Chory *M. K.*, l. 22. 1902/3. Nr. 114. *Phlegmone extr. super. dextr.* 5/III *Incisiones* — drenowanie. *Empyema thoracis.* 11/III *resectio costae. Septico-pyaemia streptococcica.* 19/III *Exarticulatio extrem. super. dextr.* 5/III, 6/III, 11/III, 12/III i 16/III wstrzyknięto choremu po 100 sz. ctm. surowicy zawsze prawie bez wpływu zarówno na ciepłotę jak jak i na objawy podmiotowe. 20/III śmierć.

9. Chory *J. M.*, l. 46, 1902/3. Nr. 167. *Vulnus manus laceratum Phlegmone manus. Sepsis.* D. 12/V *Incisiones. Abscessus femoris* w miejscu wstrzyknięcia surowicy. 18/V *Incisiones* — drenowanie. D. 10/V rano 40 sz. ctm. i wieczorem tyleż; 11/V 30 sz. ctm. i 12/V 40 sz. ctm. surowicy. Pierwsze wstrzyknięcie pozostało bez widocznego wpływu na ciepłotę, w trzech następnych razach obniżenie się ciepłoty nastąpiło, nie przenosiło jednak 0,7°. Wyzdrowienie.

10 Przypadek I: *Hernia inguinalis incarcerata necrotica. Peritonitis streptococcica incipiens,* omówiony w ciągu pracy na str. 15 Nr. 2 „Przegl. lek.“ — wyzdrowienie.

11. Chora *L. S.*, l. 35. 1902/3. Nr. 40. *Hernia cruralis ambilateralis. Hernia cruralis dextra incarcerata necrotica. Peritonitis incipiens.* Uwięźnięcie od 3 dni. D. 12/I *Herniotomia, Enteroanostomis, Anus praeternaturalis.* 12/I, 14/I i 15/I wstrzyknięto po 30 sz. ctm. surowicy. Wynik wstrzyknięcia: lekkie pomyślne działanie na ciepłotę i objawy podmiotowe. Wyzdrowienie.

12. Chora *M. S.*, l. 48, 1902/3. Nr. 124. *Hernia cruralis dextra incarcerata gangraenosa.* Uwięźnięcie od 36 godzin. 9/V *Enteroanastomosis. Anus praeternaturalis.* Surowicę wstrzyknięto zaraz po operacyi 30 sz. ctm. i tegoż dnia wieczorem jeszcze raz takąż ilość; 11/V 30 sz. ctm. i 12/V 40 sz. ctm. Po trzeciem i czwartem wstrzyknięciu nastąpiło obniżenie się ciepłoty i zmniejszenie bólów. 13/V śmierć wskutek *peritonitis et endocarditis* (chora wyrwała sobie dren, założony do jelita i zdarła opatrunek z rany laparotomijnej, pomimo czujności pilnującej ją służby.

13. Chory *R. S.*, l. 16. 1902/3. Nr. 98. *Hernia inguinalis sin. incarcerata. Ileus. Herniotomia, Laparotomia* 12/II. Surowicę próbowano użyć tylko raz na 11 dzień choroby bez widocznego wpływu na ciepłotę; na drugi dzień 23/II śmierć.

14. Chora *K. M.*, l. 55, 1902/3. Nr. 57 *Ileus e strangulatione. Peritonitis incipiens* 6/II *Amputatio proc. vermiformis. Sutura intestini necrotici. Enteroanastomosis.* 100 sz. ctm. surowicy podczas operacyi wlano do jamy brzusznej bez wpływu na ciepłotę lub przebieg choroby. 7/II śmierć wskutek zapalenia płuc.

15. Chory *W. S.* l. 22, 1902/3. Nr. 139. *Peritonitis perforativa ex appendicitide.* O ile można było sądzić z wywiadów, otrzymanych od chorego, przebicie ogniska ropnego do jamy otrzewnowej nastąpiło już około 10 godzin przed przyjęciem chorego do kliniki. 9/IV *Laparotomia, amputatio proc. vermiformis,* tamponada gazą aseptyczną. Podczas operacyi wlano do jamy otrzewnej 10 sz. ctm. i 40 sz. ctm. podskórnie, ciepłota obniżyła się o 2°; tegoż dnia wieczorem 50 sz. ctm. bez znacznego skutku. 10/IV rano 100 gr. surowicy zastrzykniętych podskórnie wywołało obniżenie się ciepłoty o 0,7°. Czwarte wstrzyknięcie 10/IV wieczorem bez wielkiego skutku. 11/IV śmierć.

16. Chora *M. G.*, l 38. 1902/3 Nr 153. *Hernia inguinalis sinistra incarcerata necrotica. Peritonitis.* Uwięźnięcie trwa od tygodnia. 3/IV *Enteroanastomosis. Anus praeternaturalis.* W dzień operacyi wstrzyknięto 40 sz. ctm.; obniżenie się ciepłoty wyniosło 1°, na drugi dzień 50 sz. ctm. obniżyło ciepłotę we cztery godziny zaledwie o 0,3°. 5/IV. Objawy zapal. płuc, wskutek której 8/IV śmierć.

IV. O zastosowaniu mięsienia w różnych chorobach.

Podał

Dr. W. Chlumský,

Docent chirurgii i ortopedyi Uniw. Jag.

(Ciąg dalszy).

II. O mięsieniu w chorobach i urazach stawów.

A) Mięsienie w chorobach stawów.

Leczenie przeważnej liczby chorób stawów wkracza także w zakres mięsienia. Na czele chorob tych należy postawić gośćcowe zajęcie stawów *(arthritis rheumatica sicca, serosa, polyarthritis).* Zwykle w cierpieniu tem stosujemy mięsienie nie w okresie ostrym, gdzie stosowniejszym jest spokój, okłady itp., lecz po jego ustąpieniu; zależy bowiem na tem, ażeby wszelkie ślady choroby usunąć, zwłaszcza pozostałą wypocinę, zrosty w stawach, i przeszkodzić powstaniu sztywności i przykurczeń. W przypadkach cierpienia przewlekłego stosujemy mięsienie od samego początku i mięsimy nietylko zajęty staw, lecz także i jego okolicę, zwłaszcza mięśnie, które przebiegają obok tego stawu, lub doń się przyczepiają.

Tu należą też niektóre przypadki surowiczego przewlekłego zapalenia stawów, a zwłaszcza zapalenie surowicze kolana, które powstają bez wiadomej przyczyny i trudno się leczą. Trzeba tu jednak być bardzo ostrożnym, gdyż pod podobnym zbiorem objawów występują również gruźlicze zajęcia stawów, które mięsienie pogorszyć tylko może.

Gdy w przypadkach takich chodzi nam o rychłe usunięcie wypociny z jamy stawu, stosujemy wówczas naokoło stawu głaskanie *(effleurage),* a wszystkie inne sposoby mięsienia nad stawem. W przypadkach zaś, gdzie przyszło do wytworzenia się zrostów w samym stawie i w jego okolicy, stosowniejszem jest rozcieranie *(frictio);* staramy się ostrożnie, lecz i dostatecznie silnie wniknąć do miejsc chorych głównie wzdłuż więzów i ścięgien, oraz między powierzchnie stawowe, a przez to rozcieramy pozostałości po zapaleniu, rozrywamy zrosty i dopomagamy wessaniu wypociny. Obok tego nie zaniedbujemy leczenia gimnastycznego i ćwiczeń na odpowiednich przyrządach. W ten sam sposób postępujemy przy leczeniu przykurczeń i zrostów stawowych, przyczem mięsieniem, gimnastyką i ćwiczeniami na przyrządach otrzymujemy często nadzwyczajne wyniki. Lecz w przypadkach, w których zrosty między powierzchniami stawowemi już skostniały, lub w tak wielkiej wytworzyły się liczbie, że rozerwanie ich jest niemożliwe, — jest już od samego początku dobry wynik wykluczony. Zadaniem lekarza jest przypadki takie rozpoznać i chorego nie nękać zbytecznem leczeniem. Wogóle da się powiedzieć, że tam, gdzie jest jeszcze możliwym choćby mały ruch, tam możemy przy należytej troskliwości i wytrwałości doprowadzić i do większych ruchów, a może i do stanu prawidłowego. Niektórzy autorowie w przypadkach unieruchomienia i przykurczeń stawów polecali rozrywać zrosty w znieczuleniu *(brisement forcé),* a potem dopiero mięsieniem itp. uzyskaną ruchomość zachować. Zawsze jednak po zabiegu tym następuje silny obrzęk stawu i znaczna bolesność, która uniemożliwia tak mięsienie, jak i gimnastyczne ćwiczenia. Wykonywanie rozrywania umyślnego widzieliśmy w różnych klinikach i zakładach, zwykle bez żadnego dodatniego wyniku. Znany nam jest jeden przypadek, leczony w jednej z zagranicznych klinik, w którym, podczas wykonywania umyślnego rozrywania w stawie biodrowym nastąpiło złamanie szyjki kości udowej i następnie zrost, połączony ze skróceniem kończyny. W innym przypadku lekkie przykurczenie poruszalne obu stawów kolanowych zakończyło się po wykonaniu umyślnego rozerwania ręką wybitnego zresztą chirurga zupełnym zrostem obu stawów. Z przyczyn tych jesteśmy przeciwni stosowaniu gwałtownych zabiegów w leczeniu zrostów i przykurczeń stawów. Tam, gdzie polepszenie jest jeszcze możliwem, przy należytej cierpliwości możemy jeszcze uzyskać je, a nawet dojść do wyleczenia zupełnego sposobem wyżej opisanym, a bez stosowania łamania umyślnego.

Dalszą chorobą, przy której mięsienie stawów stosujemy, jest dnawne zapalenie stawów. Wyniki leczenia są tu zwykle gorsze, niż w gośćcowem zajęciu stawów, choć i tu widzieliśmy znaczne polepszenie. Wielkie znaczenie ma w leczeniu tej sprawy zmiana trybu życia, a następnie mięsienie całego ciała.

Podobne wyniki mieliśmy też w różnych postaciach zapalenia stawów zniekształtniającego i w następowych zesztywnieniach stawów.

Stanowczo nie powinno się stosować mięsienia, jak już wspomnieliśmy wyżej, w chorobach stawów na tle gruźlicy, kiły, promienicy i w ropnych zapaleniach stawów. Dopiero wtedy, gdy już ropne zapalenie ustąpiło, możemy mięsienie zastosować, przyczem jednak zawsze należy pamiętać o tem, że pierwotna choroba ma skłonność do nawrotów, zwłaszcza, jeżeli przez silne ugniatanie usposobimy staw do wznowienia tej samej choroby.

B) Mięsienie przy urazach stawów.

Urazy stawów leczymy podobnie, jak urazy kości. Przy urazach mniejszego stopnia, jak stłuczenie *(contusio)* i wykręcenie *(distorsio)* stawu, zaczynamy mięsienie stawu jaknajwcześniej; przy stłuczeniu stosujemy współcześnie z mięsieniem ćwiczenia gimnastyczne; przy wykręcaniu zaś zwlekamy z tymi zabiegami dni kilka — i to tem dłużej, im staw jest bardziej powierzchowny i im większą ma skłonność do trwałego rozluźnienia *(Schlottergelenk).* I w tym przypadku musimy zaczekać, aż zrosną się rozerwane części więzadel, potem dopiero myśleć możemy o przywróceniu prawidłowej ruchomości stawu. Z drugiej jednak strony zbyt długo zwlekać z uruchomieniem stawu nie należy, gdyż zagraża niebezpieczeństwo powstania stałej sztywności i przykurczeń. Ogólnych jakichś prawideł podać tu nie możemy; należy postępować zawsze wedle wskazań w poszczególnych przypadkach. Jednego tylko w ogólności odradzamy, mianowicie ustalenia stawu na dłużej, jak na trzy tygodnie, w najcięższych nawet przypadkach. W przypadkach lżejszych rozpoczynamy gimnastykę już w trzecim lub czwartym dniu. Do zwichnięć odnosi się wszystko to samo, co radziliśmy przy omawianiu wykręcenia. Mięsienie stawu rozpoczynamy zaraz po odprowadzeniu i wedle stanu i wielkości urazu stosujemy ćwiczenia gimnastyczne. Mięsimy co dnia lub przynajmniej co drugi dzień aż do zupełnego wyleczenia, i to z początku nad stawem, potem sam staw (drugiego lub trzeciego dnia po urazie), a współcześnie i mięśnie ponad stawem. Pamiętać przytem należy, że mięśnie naramienne barku i czworogłowy uda wiotczeją i słabną już przy małych urazach.

O mięsieniu przy złamaniach stawów, a właściwie końców kości w stawach i w najbliższej ich okolicy, już wspominaliśmy w dziale o złamaniach kości wogóle. Tu powtarzamy raz jeszcze, że przy złamaniach kości w stawie samym lub w jego okolicy pamiętać przedewszystkiem należy o wczesnem uruchomieniu stawu, inaczej bowiem wytworzy się nader łatwo zrost lub przykurczenie.

Mięsienie rozpoczynamy również wcześniej, już drugiego lub trzeciego dnia po urazie. Opatrunki zmieniamy o ile możności codziennie, a przy każdej zmianie opatrunku powinniśmy pamiętać i o zmianie położenia stawu. W ogólności jednak zaprzestajemy wcześnie opatrunków, upośledzają bowiem, a nawet uniemożliwiają ruchy w dotyczącym stawie. Prawideł jednak ogólnych nieda się i tu postawić.

Powyższe leczenie mogłoby się spotkać z zarzutem, że złamane kości nie zrosną się wcale, lub zrastając się, zajmą niewłaściwe położenie. Wedle naszego jednak doświadczenia

przypadki takie są nadzwyczaj rzadkie, a rzadsze z pewnością od przypadków, leczonych długotrwałem unieruchomieniem. Przy leczeniu zaś przez nas zalecanem, — jak już wyżej wspomnieliśmy, ruchomość i zdolność do pracy nawet w przypadkach, gdzie przyszło do zniekształcenia stawu, była zawsze dobrą. (C. d. n.)

V. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Profesor G. Hoppe-Seyler. **Moczówka cukrowa pochodzenia niecukrzycznego.** (*Ueber nichtdiabetische Glycosurie*). (*Medizinische Klinik*, Nr. 2, 1904). Lekarz praktyk zawsze pamiętać powinien, że trafiają się różne postacie cukromoczu, bardzo odmienne tak co do etyologii, jakoteż i przebiegu. Obok bowiem form mniej lub więcej ciężkich zwykłej cukrzycy, czyli moczówki cukrowej (*diabetes mellitus*), spotykamy się nierzadko i z przypadkami t. zw. cukrzycy (glycosuria) objawowej. Jeżeli w moczu znajdują się większe ilości cukru, wówczas rozpoznanie prawdziwej cukrzycy jest pewne; jeśli natomiast idzie o małe ilości (mniej, niż 1%), wtedy może nasuwać się wątpliwość, czy mamy do czynienia z trwałem i istotnem zaburzeniem wymiany materyi, czy też z objawową, chwilową i przemijającą cukrzycą. Do tej ostatniej należy przedewszystkiem t. zw. cukromocz pokarmowy (*glycosuria alimentaris*), pojawiający się już w warunkach prawidłowych po spożyciu większej ilości cukru i polegający na nagłem przeładowaniu krwi cukrem w ilości większej, aniżeli ustrój w danej chwili przyswoić może. Z badań Worm-Müllera i in. wynika, że już po spożyciu 50 grm. cukru gronowego na czczo wykazać można cukier w moczu u ludzi zupełnie zdrowych; częściej jednakże z takiem wyraźnem zmniejszeniem się granicy przyswajania cukru spotykamy się w przebiegu różnych nerwic, w chorobie Basedowa, w chorobach zakaźnych, w chorobach środkowego układu nerwowego, zwłaszcza rdzenia przedłużonego, w ostrem zatruciu alkoholem i w rozległej miażdżycy tętnic; w tej ostatniej idzie przedewszystkiem o miażdżycę trzustki i jej następstwo — marskość trzustki. Przemijający cukromocz, nie wywołany spożyciem większej ilości cukru, spotykamy niekiedy w rozmaitych zatruciach, n. p. bezwodnikiem węglowym, kurarą, metyldelfininą, strychniną, morfiną, chloroformem, eterem, alkoholem; tutaj należy również cukrzyca po florydzynie. Po podaniu chloralu i chloralamidu pojawia się także obok kwasu glikuronowego cukier w moczu.

W piśmiennictwie przytoczone są przypadki, w których w przebiegu chorób zakaźnych wydzielał się cukier z moczem; bardzo być jednak może, że w wielu z tych przypadków miano do czynienia z chorymi już przedtem na cukrzycę. Najczęściej jeszcze przemijający cukromocz zdarza się w cholerze, co wobec głęboko sięgających zaburzeń w odżywieniu i zmian w narządach wewnętrznych, jak w trzustce, wątrobie, rdzeniu przedłużonym, łatwem jest do wytłómaczenia.

W przebiegu chorób wątroby w ogólności odbywa się przeróbka cukru gronowego dobrze: jak z badań Straussa wynika, jedynie tylko cukier owocowy (*laevulosa*, czyli *fructosa*) wydziela się łatwo. Jeżeli przy daleko posuniętej marskości wątroby pojawia się czasem cukier w moczu, to tłómaczyć to się daje towarzyszącemi równoczesnemi zmianami w trzustce. Ze schorzeń ośrodkowego układu nerwowego, dających powód do przemijającego cukromoczu, wymienić należy: urazowe zapalenie opon mózgowych, wstrząs mózgu, guzy i wybroczyny, zwłaszcza jeśli one w jakikolwiekbądź sposób bezpośredni, czy pośredni, zajmują rdzeń przedłużony, a w szczególności ośrodek Cl. Bernarda.

U ludzi biednych, źle i nieodpowiednio odżywianych, głównie węglowodanami, spotykać się dają czasem w chwili ich przyjęcia do szpitala w pierwszych partyach badanego moczu mniejsze lub większe ilości cukru, które później, gdy chory przechodzi na zwykłą dyetę szpitalną, uwzględniającą więcej zapotrzebowanie białka, znikają zupełnie i nie pojawiają się z powrotem nawet po umyślnem podawaniu 100 grm. cukru gronowego. Jest to t. zw. cukromocz włóczęgów (*Vagantenglykosurie*), a tłómaczy go nieodpowiednia poprzednio dyeta, zazwyczaj znachodzące się u tego rodzaju chorych zmiany w wątrobie, polegające na rozroście tkanki łącznej, a pociągające za sobą analogiczne zmiany w trzustce, wreszcie tak często spotykane u chorych w chwili ich przyjęcia do szpitala ostre zatrucie alkoholem, które już samo przez się dawać może powód do przemijającego cukromoczu.

Z krótkiego tego zarysu wynika, że lekarz nigdy na jednorazowem stwierdzeniu cukru w moczu opierać rozpoznania prawdziwej cukrzycy nie powinien, a tylko wtedy, gdy widzi, że po usunięciu jakiejkolwiekbądź możliwej przyczyny cukier na stałe z moczu znika, nie pojawiając się później nawet po umyślnem podaniu w pokarmach cukru gronowego, może postawić rozpoznanie cukromoczu przemijającego. Zwłaszcza tam, gdzie chodzi o wydanie orzeczenia sądowo-lekarskiego, o wystawienie świadectwa uzdolnienia do pracy, o przyjęcie do ubezpieczenia i t. d. trzeba być bardzo ostrożnym. *Dr. Wilczyński.*

Profesor Leyden. (Berlin). **Organoterapia w chorobie Basedowa.** (*Medizinische Klinik*, Nr. 1, 1905). Hempel. **Przyczynek do leczenia choroby Basedowa surowicą Möbiusa.** (*Münchener medizinische Wochenschrift* Nr. 1). Thienger. **Spostrzeżenia nad antytyreoidyną Möbiusa.** (*Münchener medizinische Woch.*, Nr. 1). Christens. **Tymczasowe doniesienia o leczeniu choroby Basedowa.** (*Mediz. Klinik*, Nr. 5). Głównie dzięki rozlicznym pracom doświadczalnym przekonaliśmy się, że istota choroby Basedowa polega na samozatruciu ustroju nadmiernie produkowaną, względnie chorobowo zmienioną wydzieliną powiększonego gruczołu tarczowego, podczas gdy jego zanik sprowadza obraz chorobowy, który obejmujemy nazwą obrzęku śluzakowego (*myxoedema*). Na te wzajemne przeciwieństwa choroby Basedowa i obrzęku śluzakowego pierwszy zwrócił uwagę Möbius. Chirurdzy starali się ograniczyć wydzielinę gruczołu tarczowego, zmniejszając jego powierzchnię wydzielniczą, bądź to przez częściowe wycięcie (Kocher), bądź przez miąższowe wstrzykiwanie do gruczołu jodku etylu (*aethylum jodatum*) w celu wywołania łącznotkankowego przeobrażenia (Pitres).

Zapoczątkowana przez Brown-Sequarda organoterapia, jakoteż rzucony przez Behringa posiew leczenia chorób zakaźnych odpowiedniemi antytoksynami, zachęcał do szukania podobnych dróg w leczeniu choroby Basedowa. Pojmującą, jako chorobę wynikającą z zatrucia ustroju, należało przedewszystkiem wyszukać odpowiedniej odtrutki. Ballet i Enriquez wycinali gruczoł tarczowy psom i wywoływali przez to u nich sztucznie tężyczkę; z zabitych zwierząt wysuszoną krew podawali cierpiącym na chorobę Basedowa. Krew ta musiała nietylko nie zawierać owej wydzieliny gruczołu tarczowego, jaka w prawidłowych warunkach dostawać się do niej zwykła, lecz co ważniejsza, musiała być zasobną w te jady, jakie powstają przy wymianie materyi, a które w prawidłowych warunkach zobojętnia wydzielina gruczołu tarczowego. Te właśnie trucizny miały posłużyć do zobojętnienia nadmiernie w chorobie Basedowa wytwarzanej wydzieliny gruczołu tarczowego. Rzeczywiście wyniki lecznicze, uzyskane przez Enriqueza i Balleta, były zachęcające.

Niezależnie od siebie, a całkiem podobnie, postępowali z początku Lanz, Burghart i Blumenthal. Lanz, wychodząc z założenia, że owa substancya, która ma skutecznie zobojętniać jady, powstające w chorobie Basedowa, przechodzi ze krwi do mleka zwierząt, pozbawionych gruczołu tarczowego, zaczął podawać swym chorym ¼ do ½ litra mleka kóz, którym poprzednio wycięto gruczoł tarczowy. Wprawdzie ten sposób leczenia nie dawał tak szybkich wyników, jak poprzedni, to jednak ze względów czysto praktycznych, gdyż tyreoidektomowane kozy można utrzymać całymi miesiącami przy życiu, podczas gdy psy giną w ciągu kilku dni, zdawał się być o wiele przystępniejszym dla ogółu publiczności. Kiedy się później pokazało, że mleko kozie sprzykrza się chorym bardzo prędko, starano się właściwą, głównie działającą substancyę z niego strącić i wyodrębnić. Usiłowaniom tym zawdzięcza powstanie trwały i do dłuższego używania nadający się sproszkowany rhodagen, niedawno wprowadzony do handlu.

Möbius postępował nieco inną drogą: wycinał on gruczoł tarczowy skopom, a surowicę ich wstrzykiwał chorym podskórnie, lub też podawał im *per os*, ilości 5 grm. codziennie lub co drugi dzień. Firma Mercka w Darmstadzie wyrabia ją odtąd pod nazwą: *Antithyreoidserum* Möbiusa. Doświadczenia, jakie z tą surowicą zebrali Schultes, Hempel, Thienger, — wprawdzie dotychczas nie oparte na większym materyale, wypadły przeważnie korzystnie; tą część przypadków, gdzie skutku żadnego nie osiągnięto, tłómaczy się być może zbyt małą ilością stosowanej surowicy, lub też zbyt krótkim okresem czasu, w jakim ją chorym podawano.

Obecnie zakład seroterapeutyczny Salomonsena w Kopenhadze pod kierunkiem Madsena otrzymuje na większą skalę krew kóz tyreoidektomowanych, a wysuszywszy ją i sproszkowawszy, wprowadza w obieg w postaci tabletek. Christens w Danii zapomocą tego przetworu otrzymał korzystne wyniki, sam jednak krytycznie zapatruje się na nie, słusznie powiadając, że ponieważ działanie obecnie używanych przetworów organoterapeutycznych jest tylko objawowem, skierowanem ku zobojętnianiu ciągle i stale w przebiegu choroby wytwarzanych jadów, leczenie tylko wtedy liczyć może na dobre skutki, jeśli się je stosuje ciągle, bez przerwy. Wówczas zni-

kają u chorego główne dolegliwości podmiotowe, zwłaszcza nadmierna wrażliwość, ustawiczna lękliwość, sen i ogólne odżywienie się poprawia, a zaburzenia w przewodzie pokarmowym, nadmierne pocenie i drżączka ustają: trudno natomiast spodziewać się poprawy w zakresie zmienionych już anatomicznie narządów; to też wól, wysadzenie gałek ocznych, nie są w stanie zazwyczaj już się zmniejszyć, a czynność zwyrodniałego mięśnia sercowego niewiele się poprawia.

Takim jest w krótkości zarys organoterapii w chorobie Basedowa. Leyden na swoim obfitym materyale klinicznym i w praktyce prywatnej stosuje ją stale we wszystkich trzech postaciach (*Rhodagen*, *Antihyreoidserum* Möbiusa z fabryki Mercka i duński preparat Madsena), polecając wszystkie trzy w równej mierze.

Dr. Wilczyński.

Prof. A. Hartmann (Berlin). **Wygniatanie migdałków.** (*Medic. Klinik*, Nr. 2, 1904). Znajomość t. zw. przewlekłego złuszczającego zapalenia migdałów (*tonsillitis lacunaris chr. desquamativa = amygdalitis lacunaris caseosa*) jest stosunkowo mało rozpowszechniona wśród ogółu lekarzy. Polega ono na zapaleniu błony śluzowej, wyściełającej mieszki (krypty = lacunae) migdałów z następowem gromadzeniem się w nich ich zawartości, serowatej masy, wydzielającej się od czasu do czasu w postaci żółtawych, mocno cuchnących czopków. Trwożliwi chorzy, wykrztusiwszy je, biorą je czasem za gruzełki. Cierpienie to daje bardzo często powód do rozmaitych podmiotowych skarg, jak cuchnienie z ust, ból, drapanie lub uczucie ciała obcego w gardle, zmuszające chorego do ciągłego odchrząkiwania lub suchego kaszlu. Zatrzymujące się serowate czopy stanowią równocześnie bodziec do częstych zaostrzeń zapalenia migdałów. Sprawa ta, wbrew twierdzeniu niektórych lekarzy, nie może być obojętną dla ustroju, gdyż wytwarza c w czopach toksyny ulegają wessaniu, zatruwają ustrój, a znajdujące się w zapalnym stanie migdałki stanowić mogą doskonałe wrota dla wtargnięcia najrozmaitszych chorobotwórczych drobnoustrojów. Z powyższych powodów wskazanem jest zawsze w każdym przypadku gruntowne usuwanie czopów, a osiągnąć to doskonale można przez silniejszy ucisk, wygniatanie migdałów, bądź to zapomocą wązkiej szpatułki, bądź też — dokładniej — zapomocą podanego przez autora przyrządu, pomyślanego na wzór zwyklej, używanej przez kobiety, długiej szpilki do kapeluszy: składa się on z trzonka i osadzonej na nim małej gałki metalowej. Zwykle dotychczas stosowane rozszerzenie zwężonego ujścia pojedynczych, chorobowo zmienionych mieszków (krypt) zapomocą wązkiego ostrego haczyka lub zgłębnika, nigdy nie dawało tak dobrych wyników i nie pozwalało na dokładne oczyszczenie migdałów. Wygniatać należy migdały ze wszystkich stron, od spodu, od tyłu, od góry, głównie jednak przez ucisk na przedni łuk podniebienny, gdyż serowate masy i czopki znachodzą się w górnych częściach migdałów. Po dokładnem oczyszczeniu ustępują zazwyczaj szybko wszystkie podmiotowe przypadłości, a same migdały przerosłe zmniejszają się znacznie. W razie, gdy pomimo wielokrotnych wyciskań tworzą się nadal czopy, należy pojedyncze, zwężone ujścia mieszków porozszerzać zapomocą ostrego haczyka, lub też wyciąć migdały konchotomem lub tonsilotomem. (Projektowana przez autora metoda skutecznie zastąpić czasem może rozmaite płukanki i pędzlowania, a w wielu razach oszczędzić i choremu wyjazdu do kąpiel). *Dr. Wilczyński.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. P. Zweifel. **Czy symfizyotomia jest operacyą z chirurgicznego punktu widzenia niepoprawną?** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 1). Z. występuje przeciw Gigliemu, który polecając swą symfizyotomię boczną, potępia otwieranie stawu łonowego, jako operacyę niechirurgiczną. Z. sądzi, że przestrzegając ściśle aseptyki, drenując ranę i tamując dokładnie krwotok, można także przy symfizyotomii dawniejszej uniknąć zakażenia rany, a wówczas chrząstka równie dobrze się zrasta, jak kość. Jeżeli nawet nie nastąpi zrost chrzęstny, lecz połączenie łączno-tkankowe, to i wówczas pierścień miednicy pozostaje dość silnym, by chora mogła chodzić i pracować. Po symfizyotomii dawnej ulega przewód miednicy rozszerzeniu tak znacznemu, że zazwyczaj następne porody odbywają się dobrowolnie. Czy symfizyotomia boczna sprowadza również pewne następowe rozszerzenie miednicy, to jeszcze kwestya otwarta. *B. Wojciechowski.*

E. Bumm. **W sprawie osiedlenia się jaja w ujściu wewnętrznem macicy.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 1). Hofmeier, omawiając sposób powstania łożyska przodującego, występuje (w nowym podręczniku Winckela) przeciw zapatrywaniu, jakoby jajo w ujściu wewnętrznem pierwotnie się osiedlić i rozwijać mogło. Sądzi bowiem, że 1) trudno pojąć, jak jajo, mierzące 1—2 mm., mogłoby się zatrzymać ponad dość obszernym otworem ujścia wewnętrznego; 2) nie znamy preparatu, wskazującego na możliwość takiego zlepienia się błony śluzowej na przeciwległych ścianach macicy w okolicy ujścia wewnętrznego (już z początkiem ciąży), by tu zdolała się wytworzyć podstawa do rozwoju łożyska; 3) w razie takiego osiedlania się jaja musiałoby zawsze powstawać łożysko przodujące centralne, a pozostałoby niewytłómaczonem umieszczenie łożyska takie, gdzie brzeg jeden zaledwie pokrywa ujście wewnętrzne, a drugi sięga niekiedy aż do dna macicy. Przy tej sposobności krytykuje H. rysunek w podręczniku Bumma, uwidoczniający sposób osiedlenia się jaja w ujściu wewnętrznem, zarzucając przesadę i fałszywy stosunek pomiędzy wielkością jaja, a otworu. Wskutek tego prostuje B. wpierw wypowiedziane zapatrywanie, jakoby ujście wewnętrzne było w prawidłowych warunkach otworem, gdyż jest to szczelina poprzeczna o świetle, odpowiadającem światłu gruczołu macicznego (podobnie ma się rzecz z całą jamą trzonu macicy, o ile nie jest krwią, lub śluzem przepełnioną). Rysunek wspomniany oddaje tylko wiernie preparat. Aczkolwiek nie mamy dotąd preparatu ludzkiego, uwidoczniającego możliwość wczesnego zlepienia się błony śluzowej w okolicy ujścia wewnętrznego w czasie ciąży, to jednak istnieją takie preparaty ze świnki morskiej, a B. jest skłonnym do przeniesienia tych stosunków na ustrój ludzki. Wreszcie nie widzi B powodu, dla którego łożysko, powstające w okolicy ujścia wewnętrznego, nie mogłoby w pewnym jednym kierunku sięgać dalej, niż w innym. *B. Wojciechowski.*

O. Orth. (Heidelberg). **Wrodzone niezwykłe umieszczenie i wada rozwojowa lewej nerki.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 1). Kobieta 30-letnia, która raz rodziła, a potem poroniła, cierpi zawsze na silne bole w krzyżach, które się wzmogły od dwóch lat. Rozpoznano: *retroflexio uteri*, *cystis tubo-ovarialis aut hydrosalpinx sin.* Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono, że prawidłowe przydatki lewe rozciągnięte są na guzie, który się znajduje w lewej części miednicy małej, leży pozaotrzewnowo i odpowiada lewej nerce. Wycięta nerka okazywała kształt bardzo płaski z silnemi zagłębieniami kwadratową miedniczkę i 3 kieliche, prowadzące w różnych kierunkach do miąższu nerkowego. O. wnioskuje z wywiadów i badania preparatu, że zachodzi tu przypadek wrodzonego niezwykłego umieszczenia (nie zaś przemieszczenia nabytego) nerki, obdarzonej wadą rozwojową i wprowadza za innymi autorami wadliwe położenie macicy i przebyte poronienie w związek przyczynowy z owem niezwykłem umieszczeniem nerki.

B. Wojciechowski.

Birnbaum. **Przyczynek do pytania o powstaniu i znaczeniu „leukocytozy“.** (*Arch. f. Gyn.*, tom 74, zeszyt I, 1905). Autor zapoznaje nas we wstępie z morfologią i techniką badania ciałek białych, dalej z przyczynami i miejscem powstania leukocytozy, poczem omawia tę ostatnią, występującą w stanach fizyologicznych i patologicznych, o ile one zajmują ginekologa. Przeważna część badaczy i sam autor zauważyli leukocytozę w ciąży tylko u pierwiastek, i to w II. połowie ciąży. Przy porodzie ilość ciałek białych wzmaga się stale i stopniowo, szczególnie u pierwiastek i przy silnych bolach, i dochodzi przeciętnie u pierwiastek do 24.160, u wieloródek do 14.370. Największe ilości można wykazać w okresie wydalania płodu, według niektórych przy wydalaniu łożyska. Po porodzie leukocytoza powoli i stopniowo ustępuje. Czasem występuje w 2—4 dniu połogu ponowne lekkie wzmaganie się ilości ciałek białych, które według jednych należy odnieść do bolów poporodowych, według innych do rozpoczynającej się czynności gruczołu sutkowego. Leukocytozę podczas miesiączkowania zauważono już dawno, przyczem ilość ciałek białych ma zależeć od nasilenia krwawień. U noworodków liczba leukocytów w pierwszych dniach jest zawsze wysoką, a to wskutek nagłej zmiany w krążeniu krwi, w przemianie materyi, wskutek zagęszczenia się krwi i wskutek prawie wyłącznego dopływu pokarmów białkowatych. Następnie omawia autor leukocytozę w stanach patologicznych. Występowanie jej po krwotokach znali już dawni badacze i tłómaczyli ją jakimś procesem fizykalnym i chemotaktycznym. Autor znajdował po dużych krwotokach ilości ciałek białych, dochodzące do 35.000 i wyżej, z główną przewagą leukocytów wielojądrzastych i myelocytów, i sądzi, że już sam ubytek krwi jest dostateczną przyczyną, aby przez podrażnienie głównie szpiku kostnego i innych narządów krwiotwórczych wywołać silniejszy dopływ i spotęgowaną wytwórczość ciałek białych. Przy krwotokach dłużej trwających, przewlekłych, n. p. wskutek mięśniaków macicy, ilość leukocytów raczej się zmniejsza. Badanie ich przy guzach dobrotliwych narządu rodnego nie wykazało żadnych zmian ilościowych, tylko przy skręceniu szypuły torbieli jajnikowych można było wykazać lekką leukocytozę (15.000). Natomiast występuje ona czasem w późnych okresach guzów złośliwych i należy ją wówczas odnieść do przypadkowych powikłań i krwotoków. W końcu przechodzi autor do leukocytozy w przebiegu zakażenia połogowego i sądzi, że zbyt daleko idą ci, którzy tylko z ilości ciałek białych chcieliby wnioskować

o dalszym przebiegu choroby. Tu trzeba rozróżnić przypadki ostre od przewlekłych, ropienia obwodowe od trzewnych, trzeba znać naturę zakażenia, względnie rodzaj i żywotność czynnika wywołującego. I tak, zakażenie gruźlicze lub rzeżączkowe zwykle nie wywołuje leukocytozy; przy wypocinach ostrych połogowych i pooperacyjnych występuje ona nawet bardzo wybitnie; natomiast w przypadkach przewlekłych często zupełnie jej brak. Autor opisuje przypadki, gdzie obliczono liczbę ciałek białych na 11.000, a gdzie wkrótce potem wypocina przebiła do kiszki stolcowej, przyczem wylała się znaczna ilość ropy; należy więc być bardzo ostrożnym w ocenianiu przypadków na podstawie ilości ciałek białych. Bardzo wysoka leukocytoza (30,000 i wyżej) przemawia z wszelkiem prawdopodobieństwem, nawet przy prawidłowej ciepłocie, za ogniskiem ropnem, naturalnie po wykluczeniu innych czynników, mogących ją wywołać. Mierne wzmaganie się ciałek białych nie przemawia ani za, ani przeciw, ale prawidłowe, lub prawie prawidłowe ich ilości nie wykluczają na pewno obecności ogniska ropnego. Nadto zauważył autor i inni badacze, że w przypadkach bardzo ciężkiego zakażenia, które zakończyły się śmiercią osobnika, znikały ze krwi zupełnie ciałka białe eozynofilne, w innych zaś równie ciężkich, które atoli zakończyły się wyleczeniem, można je było stale wykazać.

Dr. E. Ehrenpreis.

Ziffer. **Znieczulenie skopolaminowo-morfinowe.** (*Monatschrift f. Gyn.* T. XXI, Z. 1, 1905). W celu wywołania uśpienia winno się używać następującego rozczynu: *Scopolamini hydrobromici Merck. 0,005, Morphii muriatici 0,10, Aq. dest. 10,0.* Z tego rozczynu wstrzyknięte 3—4 strzykawki Pravatza w odpowiednich odstępach czasu (pierwsza $2^{1}/_{4}$ godzin przed operacyą; 2-a $1^{1}/_{4}$ godzin przed operacyą; 3-a $1^{1}/_{4}$ godzin przed operacyą, i jeszcze ewentualnie 4-a podczas operacyi) wystarczają zupełnie, by n. p. u ludzi starych wywołać głębokie uśpienie, a u młodszych osobników półuśpienie, połączone z dostatecznem znieczuleniem i przebiegające, czy to podczas, czy po operacyi, bez jakichkolwiek zaburzeń ze strony ustroju. W tych przypadkach jednak, gdzie chodzi o bardzo głębokie uśpienie, radzi autor kombinacyę skopolaminy, morfiny i chloroformu, i tu dopiero według niego występują zalety mieszanki skopolaminowo-morfinowej. Po wstrzyknięciu, tak jak wyżej podaliśmy, 3—4 strzykawek Pravatza mieszanki, wystarczało w całości 10—20 grm. chloroformu, stosowanego w pewnych odstępach czasu po 1—2 grm. (co $^{1}/_{4}$, $^{1}/_{2}$, w niektórych przypadkach nawet co godzinę), by utrzymać chorego przez 1—2—3 godzin w bardzo głębokiem uśpieniu. Skutkiem tak małego zapotrzebowania chloroformu odpadają wszystkie te czynniki ujemne, których się tak lękamy przy każdej narkozie chloroformowej. Prócz tego przy użyciu do uśpienia mieszaniny skopolaminowo-morfinowej z dodaniem chloroformu występują jeszcze inne dodatnie strony, mianowicie prócz znacznego zaoszczędzenia chloroformu (82·5%), brak podniecenia; po przebudzeniu czują się chorzy zupełnie dobrze, a co najważniejsze, że uśpienie takie przeprowadzić może pomocnik mniej biegły w narkotyzowaniu. Przy uśpieniu skopolaminowo-morfinowo-chloroformowem pamiętać należy o 3 rzeczach: 1) że dawka najwyższa skopolaminy z morfiną, jakiej użyć wolno, wynosi 0·0021 skopolaminy, a 5 cg. morfiny; 2) że zachowanie się źrenic nie jest żadnym wskazicielem co do ewentualnego stanu, w jakim się chory chorobowo znajduje, gdyż są stale miernie szerokie; 3) pacyent zostaje nierzadko po ukończeniu uśpienia jeszcze przez $^{1}/_{2}$—1 godziny w głębokiem odurzeniu, skutkiem czego należy uważać, by nie nastąpiło uduszenie w tym czasie przez opadnięcie języka.

Mieszankę skopolaminowo-morfinową wprowadzono i do położnictwa z dobrym skutkiem, i to do wywoływania uśpień połowicznych, n. p. przy zbyt silnych bolach porodowych, przy tężcu macicy, przy drgawkach i t. d. Dawka stosowana w położnictwie wynosi $^{1}/_{2}$ mg. skopolaminy + 1 cg. morfiny — 1—2 wstrzyknięć w dłuższych odstępach czasu ($1^{1}/_{2}$—2 godziny), czasem dodatkowo trzecia. Efekt każdorazowy po wstrzyknięciu był taki, że rodząca już po pierwszem znacznie się uspokajała, zawsze jednakowoż jeszcze podczas skurczu macicy dość silnie oddziaływała, po drugiem natomiast wstrzyknięciu następował albo zupełny brak odczynu podczas skurczu, lub też rodząca wyrażała uczucie bolu co najwyżej skurczem w twarzy. Autor twierdzi, że działanie skopolaminy z morfiną jest nieszkodliwe dla matki i dla dziecka, jakoteż że nie wpływa ujemnie na kurczliwość macicy, a więc odwrotnie względem działania chloroformu, lub samej morfiny, wreszcie zastanawia się autor nad wskazaniami i przeciwwskazaniami do usypiań skopolaminowo-morfinowych. Wskazanie główne jest tam, gdzie wogóle chloroform i eter są przeciwwskazane. Należałoby tej jedynie mieszanki używać we wszystkich drobniejszych zabiegach operacyjnych, wprowadzić ją do położnictwa, wreszcie należałoby ją uwzględnić w tych przypadkach, gdzie celem złagodzenia bolów używa się morfiny i to przez czas długi. Według autora bezwzględnego przeciwwskazania do użycia mieszanki skopolaminowo-morfinowej — niema; jest ono co najwyżej względne, mianowicie, jeżeli w parę minut po 2 lub 3 wstrzyknięciu tętno staje się przyspieszonem (150), słabo napiętem, a ilość oddechów w minucie spada na 6—8, a oddechy stają się powierzchownymi. W takich razach należy mieszankę bezwarunkowo odstawić. Wreszcie zwraca autor na to uwagę, że rozczynów, stojących dłużej, jak 3—4 dni, używać nie należy, gdyż łatwo ulegają zepsuciu.

Dr. Cetnarowski.

PEDYATRYA. Flexner i Holt. **Bakteryologiczne i kliniczne badania nad biegunkami dziecięcemi i ich stosunkiem do prątka czerwonkowego Shigi.** (New-York, 1904. *Ref. Monatschr. für Kinderh.* 1904, XII). Obszerne dzieło zbiorowe, na które składa się cały szereg pracy lekarzy z N. Yorku, Bostonu, Filadelfii i Baltimore. Punktem wyjścia dla badań była praca Duvala i Basseta, którzy w 42 przypadkach na 53 badanych ciężkich i w 19 na 25 badanych lekkich przypadków biegunek dziecięcych letnich, stwierdzili w stolcach obecność prątka czerwonkowego, a w przeważnej liczbie tych przypadków także aglutynacyjne oddziaływanie na tenże prątek surowicy dzieci chorych. Zresztą część bakteryologiczna zawiera prace Knoxa, Duvala i Shorera, Marty Wollstein, Gay i Stantona, Cordesa, Waitea, Kendalla Lewisa, Basseta, anatomopatologiczną pracę Howlanda i pracę Winnea, tyczącą się aglutynacyi; część kliniczna prace La Fétray i Howlanda, Knoxa, Cordesa Amberga, Freemanna, Warfielda, Hastingsa i Reeda; kończy praca Marty Wollstein z wynikami badań u dzieci prawidłowych. Do części bakteryologicznej objaśnienia i wnioski końcowe napisał Flexner, do części klinicznej Holt. Wszyscy badający w bardzo znacznej liczbie badanych przypadków znachodzili prątki czerwonkowe, ogółem 279 razy na 412. Jako materyał do szczepień bakteryologicznych nadają się najlepiej śluzowe części stolca. Ilość otrzymanych osad była niekiedy bardzo tylko nieznaczną i wtedy etyologiczne znaczenie prątka wątpliwem; zwykle jednak istniała równoległość między obfitością prątka, a ciężkością przypadku. Prątek przebywa może w zdrowym przewodzie pokarmowym, jako saprofit, a dopiero uszkodzenia jelita dają mu sposobność do rozwinięcia pasorzytniczych własności. Możliwem jest jednak także, że chodzi o zakażenie z zewnątrz. Własności pni, otrzymanych w hodowlach, nie zawsze się nakrywały i można tu było odróżnić 3 typy. Anatomicznie tylko rzadko stwierdza się błony rzekome, powierzchowną martwicę błony śluzowej bez błon rzekomych, lub dotknięcie gruczołów odosobnionych i kępek z wytworzeniem drobnych wrzodzików; najczęściej zaś naciek nieznaczny tychże, dający się stwierdzić jedynie drobnowidowo. Klinicznie zakażenie może przebiegać ostro, podostro, przyłączać się do innych chorób, n. p. odry, zapalenia płuc, lub stanowić końcowe cierpienie dzieci wynędzniałych. Wyniki dodatnie przy badaniu bakteryologicznem otrzymuje się najczęściej w ostrych gorączkowych biegunkach, którym Holt chce nadać nazwę „czerwonki dziecięcej“. Resel sądzi, że wszystkie przypadki ze stolcami obficie śluzowo-krwawymi są czerwonką, podobnie te, które wykazują długo śluz. Większość autorów przypisuje oddziaływaniu aglutynacyjnemu surowicy chorych na prątek wielkie znaczenie rozpoznawcze. Co do leczenia surowicą przeciwczerwonkową, to dało ono wyniki mało zachęcające. U dzieci zdrowych, jeżeli się wykluczy wszystkie, które dawniej przebywały zaburzenia żołądkowo-kiszkowe, nie stwierdza się prątków czerwonkowych.

Lewkowicz.

VI. Sto lat istnienia katedry medycyny sądowej w Uniwersytecie Jagiellońskim.

Zarys dziejowy

przez

Prof. Dra L. Wachholza.

„...Słońce prawdy wschodu nie zna i zachodu.“
(A. Mickiewicz).

(Ciąg dalszy).

Stosownie do wniosku Wydz. lek. z 12 maja 1861 mianuje Minist. dnia 27 maja 1861 zastępcą prof. med. rządowej na półrocze letnie 1861 Dra Juliana Łuckiego, adjunkta przy katedrze anatomii opisowej, jako najzdolniejszego z ówczesnych młodych lekarzy. W myśl dalszego wniosku Wydz. lek. Najwyższem postanowieniem z 30-go czerwca 1861, mianowany zwyczajnym profesorem medyc.

rząd. Dr. Karol Gilewski z pensyą 1260 złr. rocznie, składa 1 sierpnia przysięgę służbową w Wiedniu, poczem obejmuje z początkiem r. szk. 1861/2 wykłady.

Karol Gilewski, ur. w Czerniowcach 1832 roku, kształcił się w Wiedniu i tamże uzyskał w r. 1856 dyplom Dra med. Jako uczeń Wydz. lek. pełnił obowiązki demonstratora przy Hyrtlu; po uzyskaniu stopnia Dra med. był przez 2 lata wychowańcem zakładu operacyjnego profesora Schuha w Wiedniu; następnie od r. 1859—1861 adjunktem przy klinice lek. radcy dworu prof. Oppolzera. Zostawszy profesorem Uniw. Jagiel., niósł w r. 1863 pomoc lekarską rannym w powstaniu, wskutek czego zdaje się ściągnął na siebie niełaskę Rządu, tak, iż Min. stanu odmówiło mu dekretem z 11 kwietnia 1865 „na razie“ zatwierdzenia w zawodzie nauczycielskim.

Jednem z pierwszych zadań, jakie załatwić przypadło Gilewskiemu, było uregulowanie sprawy, tyczącej się sekcyi sądowych i policyjnych. Dziwna, czy to niechęć, czy też raczej niezrozumienie doniosłego dla nauczania i nauki znaczenia tych sekcyi, była i jest dotąd powodem usilnych starań profesorów medycyny sądowej u władz centralnych i krajowych, aby wykonywanie tych sekcyi było podobnie, jak to już oddawna miało miejsce we wszystkich innych miastach uniwersyteckich monarchii, powierzone wyłącznie profesorom medycyny sądowej. Zarządzenia władz z lat poprzednich musiały pójść przez czas krótkiego urzędowania Kopczyńskiego i Łuckiego w zapomnienie, gdyż w r. 1864 wnosi (zdaje się z inicyatywy Gilewskiego) ówczesny prof. anatomii patologicznej Dr. Ludwik Teichmann prośbę do Ministeryum o usunięcie wielkich nieprawidłowości przy wykonywaniu sekcyi sądowych w prosektoryum zakładu anat. patolog. (dawniej zwanem prosektoryum klinicznem). W prośbie tej podnosi, że sędziowie nie zawiadamiają dzień naprzód o mającej się odbyć sekcyi, że odbywają je w różnych godzinach, nawet wieczorami przy lampie, że sekcyi tych dokonywują obcy lekarze sądowi bez współudziału profesora i uczniów. Wydział lekarski popiera energicznie tę prośbę dnia 20 lutego 1864 r. i wnosi, aby Ministeryum profesora med. sąd. zamianowało, jako najbieglejszego w tym przedmiocie, stałym znawcą sądowym i poruczyło mu wykonywanie sekcyi sądowych za opłatą 600 złr. rocznie. Wskutek tego podania poleciło c. k. Ministeryum reskryptem z 23 października 1864 c. k. namiestnictwu zarządzić wykonanie w prosektorym anat.-patol. drewnianego przedziału, celem utworzenia osobnej „komórki“ dla odbywania sekcyi sądowych i policyjnych, oraz wyjednać dla profesora medycyny rządowej od miasta materyał do sekcyi policyjnych, które ma on wykonywać za opłatą istniejących taks z funduszu sanitarnego miejskiego. Wreszcie zarządziło c. k. minist. sprawiedl. rozporządzeniem z 17 maja 1865 (L. 4032), aby Sądy wzywały prof. med. rząd. wraz z drugim znawcą do wszystkich sekcyi sądowych jako znawcę, aby go dzień przed sekcyą o niej zawiadamiały, sekcye te o 2 giej godz. po poł. podejmowały, wreszcie za sekcye te wedle obowiązującej taryfy taksy mu wypłacały. W tymże samym czasie oświadczył magistrat krakowski gotowość oddania sekcyi policyjnych profesorowi med. rząd. do wykonywania w obecności fizyka miejskiego, wyznaczając mu za nie stosowną zapłatę.

Pomieszczenie „komórki“, stanowiącej salę do sekcyi sądowych i policyjnych, nie musiało być znośnem, skoro dnia 6 grudnia 1865 bierze Gilewski z urzędu udział w komisyi technicznej w sprawie adaptacyi trupiarni szpitala św. Ducha na salę dla sekcyi sądowych.

W myśl planu nauk medyczno-chirurgicznych z 31 marca 1833, każdorazowy profesor medycyny sądowej był obowiązanym wykładać w zimowych półroczach w godzinach przedpołudniowych każdej niedzieli i święta „publica“, dostępne dla szerokich kół publiczności, o ratowaniu pozornie zmarłych i uległych nagłym wypadkom. Gdy Gilewski obowiązku tego zaniedbał, pociągnięty za to do odpowiedzialności, musiał się wytłómaczyć z tego zaniedbania. Ministerstwo, przyjmując wytłómaczenie to do wiadomości, poleca mu rozporządzeniem z 30 lipca 1865 obowiązku tego pilnie przestrzegać na przyszłość. Tymczasem już z początkiem r. szk. 1865/6 obejmuje on wykłady i kierownictwo kliniki lek., mianowany profesorem tej katedry w miejsce usuniętego Dietla. Na katedrze tej pracuje on do swej śmierci, która nastąpiła wskutek duru osutkowego 15-go czerwca 1871. Gilewski pozostawił po sobie przedewszystkiem pamięć zacnego człowieka, dobroczyńcy ubogich, a zwłaszcza szlachetnego opiekuna uczniów. Na rok przed śmiercią był dziekanem Wydz. lek. Z zakresu medycyny sądowej ogłosił dwie prace: 1) Przypadek sądowo-lekarski: śmierć płodu wskutek uszkodzenia matki. „Przegląd lek.“ 1865, Nr. 36—38 i 2) Uwagi sądowo-lekarskie nad ustępem e § 155 kod. kar. austr. Tamże 1867 Nr. 47.

Dnia 16-go kwietnia 1866 wniósł Wydz. lek. podanie o powierzenie zastępstwa co do wykładów med. rząd. Drowi Michałowi Mohrowi, fizykowi miejskiemu, a minist. wniosek ten zatwierdziło i poleciło Mohrowi wykładać w letniem półroczem 1866 policyę lek. zamiast wykładanej przezeń dotąd policyi weterynarskiej.

O opróżnioną katedrę ubiegali się Dr. Aleksander Kryda z Krakowa i Dr. Stanisław Janikowski z Warszawy.

Aleksander Kryda, ur. w Głogowie koło Rzeszowa w r. 1827, odbył trzyletnie studya w zakresie nauk przyrodniczych w Krakowie i Wiedniu, a uzyskawszy stopień doktora med., pełnił obowiązki asystenta chemii przy prof. Czyrniańskim od roku 1856—1863, wykonywując wspólnie z nim rozbiory chemiczno-sądowe, nadto pomagał prof. Brykowi przy sekcyach sądowych. Na podstawie pracy „Toksykologia sądowa na podstawie anatomii patologicznej oparta“ poddał się w Wydziale lek. habilitacyi, poczem minist. dnia 30 maja 1862 zamianowało go docentem toksykologii sądowej i chemii policyjnej i patologicznej. Odtąd wykładał aż po rok 1866 toksykologię sądową, o rozpoznawaniu plam na ubraniach i narzędziach w praktyce sądowo-lekarskiej i o fałszowaniu środków spożywczych i napojów wraz z sposobami ich wykrycia, dostępnymi dla lekarzy sądowych. Wykłady te cieszyły się u uczniów wziętością. Prócz pracy habilitacyjnej, której dla braku środków nie mógł ogłosić drukiem, wydał „O otruciu fosforem“ — („Przegląd lek.“ 1862, Nr. 32).

Gdy Wydz. lek. przedstawił do nominacyi na prof. med. rząd. Dra Janikowskiego, a podanie Dra Krydy, przesłane wprost do ministerstwa z prośbą o udzielenie jemu tej katedry, nie odniosło skutku, usunął się w r. 1873 od zajęć nauczycielskich, osiadł w Szczawnicy, poświęcając się praktyce lekarskiej.

Stanisław Janikowski, syn Dra Andrzeja, prof. Uniw. Warszawskiego, ur. w Warszawie 6 maja 1833, odbył studya lekarskie w Uniw. Dorpackim i tu uzyskał w r. 1856 stopień doktora medycyny. Po kilku latach dalszych studyów za granicą osiadł w Warszawie, mianowany ordynatorem szpitala Dzieciątka Jezus i odtąd brał żywy udział w ruchu naukowym, jako bibliotekarz Tow. lek. i redaktor „Pamiętnika Tow. lekar. warszawskiego“. Z wiosną 1866 r. zgłosił się do Wydz. lek. w Krakowie, jako kandydat do opróżnionej katedry medycyny sądowej i policyi lekarskiej. Wskutek wniosku Wydz. lek. z 2 i 10 maja mianowany Najwyższem postanowieniem z 23 lipca 1866 zwyczajnym profesorem i zarazem potwierdzony w tym urzędzie z uwolnieniem od taksy, rozpoczyna 17 października 1866 r. swe wykłady z med. sąd. i pol. lek. Pierwsze jego usiłowania zwracają się w tym kierunku, w którym dążyli jego poprzednicy. I tak na wniosek jego uchwala Wydz. lekarski 14 grudnia 1866 domagać się od c. k. Sądu w Krakowie, aby profesor med. rządowej był w myśl rozporz. minist. sprawiedl z 18 marca 1859 (L. 3742 i z 20 sierpnia 1864 (L. 6942) wzywany do wykonywania sekcyi sądowych, zarazem domagać się od magistratu m. Krakowa, aby profesorowi med. rząd. powierzono w myśl rozporz Rządu krajo-

wego z 25 kwietnia 1853 (L. 10753) sekcye policyjno-sanitarne za wynagrodzeniem wedle istniejącej taryfy. W roku 1869 wnosi prof. Janikowski popartą przez Wydz. lek. prośbę do c. k. min. o utworzenie prosektoryum sądowo-lekarskiego i o wyznaczenie stałej dotacyi rocznej w kwocie 50 złr. Dotąd wykonywano sekcye sądowe w prosektoryum klinicznem, mieszczącem się wraz z gabinetem anatomo-patologicznym i kliniką oczną w parterowym budynku, stojącym obok głównego budynku klinicznego. Gdy w tymże czasie zakład anatomii patologicznej przeniesiono do realności nowo nabytej przy ul. Kopernika Nr. 12 (Collegium anatomicum), zatem była chwila sposobna do oddania prosektoryum klinicznego na cele medycyny sądowej. Ponieważ jednak prosektoryum to było już podówczas bardzo zniszczone, przeto dziekan Wydz. lek. Dr. Piotrowski zwrócił się do c. k. min. imieniem Wydz. lek. i prof. Janikowskiego pismem z 28-go stycznia 1870 r. z prośbą o przerobienie ubikacyi w tym samym budynku, obok kliniki położonym, które dotąd zajmowała pracownia chemii patologicznej, przeniesiona również do realności przy ulicy Kopernika L. 12, na cele katedry med. rządowej. Dnia 30 marca 1870 domaga się Wydz. lek. na wniosek prof. Janikowskiego nadzwyczajnej dotacyi na urządzenie nowego prosektoryum w kwocie 150 złr. i zatrzymanie dotacyi rocznej w kwocie 50 złr. W ten sposób uzyskał prof. Janikowski wprawdzie niedostateczne i nader pierwotne, w każdym jednak razie odrębne prosektoryum, dla którego urządzenie sprawił za kwotę 250 złr., t. j. 150 złr. nadzwyczajnej i 100 złr. zwyczajnej dotacyi za r. 1870/1 i 1871/2. Wskutek dalszych, podówczas bardzo trudnych, lecz niestrudzonych zabiegów uzyskał prof. Janikowski rozporz. c. k. min. z 24 kwietnia 1874 na lat trzy zwyczajną dotacyę w kwocie 100 złr. rocznie, a dotacyę tę zachował rząd w tejże wysokości aż do r. 1882.

Z pisma c. k. namiestnictwa z 2 czerwca 1879, dowiadujemy się, że inwentarz zakładu, a raczej prosektoryum med. sąd., wynosił w końcu r. 1878 130 sztuk. Jeszcze jeden wniosek, nader ważny dla katedry med. sąd., choć nie załatwiony, zawdzięczać należy prof. Janikowskiemu, t. j. wniosek, uchwalony przez Wydz. lek., aby c. k. min. ośw. i sprawiedl. mianowały każdorazowego profesora med. rząd. stałym prosektorem sądowym. Bezprzykładna pracowitość, umiłowanie swego ściślejszego i ogólnego zawodu, pociągnęły za sobą szereg zasłużonych odznaczeń, jakich dostąpił prof. Janikowski. I tak oprócz godności dziekana Wydz. lek. i komisarza rządowego przy egzaminach ścisłych (w r. 1880/1) był on nadzwyczajnym członkiem Akad. Um., wiceprezesem „Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich,“ członkiem Tow. lek. krak., warszaw., wileńskiego, galicyjskiego i podolskiego, wreszcie prezesem Towarz. lek. krak. i przewodniczącym Wydziału gospodarczego III-go Zjazdu lek. i przyrod. polskich. Był on nadto redaktorem „Przeglądu lek.“ i założycielem, oraz redaktorem krótko tylko istniejącego „Dwutygodnika med. publ.“. Zmarł dnia 21 kwietnia 1881, nabawiwszy się jako komisarz przy egzaminach ścisłych duru osutkowego. (C. d. n.)

VII. Listy otwarte.

Wydział Towarzystwa samopomocy lekarzy uchwalił jednomyślnie na posiedzeniu w dniu 16 stycznia b. r. wyrazić serdeczne i gorące podziękowanie:

1. Koledze Dr. Starzewskiemu, dyrektorowi szpitala lwowskiego, za wprowadzenie używania znaczków receptowych w tamtejszych ambulatoryach szpitalnych i klinicznych;

2. Koledze Profesorowi Odonowi Bujwidowi za używanie znaczków receptowych na przesyłkach surowic.

Sekretarz: *Dr. Langie.* Prezes: *Dr. Jordan.*

Na fundusz wdów i sierót przy Tow. Samopomocy lekarzy złożył kol. Dr. Soniewicki ze Starego Sambora siedmdziesiąt dwie korony, jako nieprzyjęte honoraryа od c. k. weterynarza powiatowego p. M. O. i od Kasy chorych w Spasie.

Dr. Langie, generalny sekretarz.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 26 stycznia.

* Los wychodźtwa za ocean pod względem narodowościowym pozostaje jeszcze nierozwiązaną zagadką. Osady południowo-afrykańskie, przeważnie w zbitym kompleksie, przebywając w nader rozsianem i nieobdarzonem siłą pochłonną środowisku ludności tubylczej, zachowują, jak n. p. Boerowie, swoje cechy narodowe i pielęgnują, co jest najważniejsze, swój związek duchowy z umysłowem ogniskiem w ojczyźnie. Wprost przeciwnie mają się rzeczy z wychodźtwem do Ameryki, gdzie, według słów najlepszych znawców tych spraw, już w drugiem lub trzeciem pokoleniu wychodźcy wszystkich narodów stają się amerykanami, a wyjątki nie są w stanie zaprzeczyć zasadzie. Ten proces zanikowy powstrzymać może kilka czynników, do których należą: gromadne osiedlanie się jednostek tej samej narodowości, stowarzyszanie się w związki zawodowe, literacko-naukowe, sportowe i t. d., rozwój dziennikarstwa i zbliżenie związków amerykańskich do stowarzyszeń o takich samych celach w kraju.

Przechodząc do zawodu lekarskiego, dowiadujemy się, że w Stanach Zjednoczonych przebywa do 200 lekarzy polskich, a z tych w samem Chicago mieszka 35, zorganizowanych w „Towarzystwo polskich lekarzy w Chicago“. Czy Towarzystwo to mogłoby stać się jądrem, na któremby skrystalizował się cały ogół polskich lekarzy w Ameryce w jedną organizacyę stanową i naukową? na to pytanie, dla nieznajomości faktycznego stanu rzeczy odpowiedzieć nie potrafimy; natomiast mamy głębokie przekonanie, że działalność naukowa samego Towarzystwa lekarskiego w Chicago powinna znaleźć pełny wyraz w głównem ognisku duchowego życia narodu, t. j. w kraju. Skwapliwie też przyjęliśmy zwrócone ku nam życzenie, „ażeby Przegląd lekarski więcej zainteresował się Ameryką“ i ażeby, stając się niejako „organem Towarzystwa polskich lekarzy w Chicago“, pomieszczał sprawozdania z posiedzeń tego Towarzystwa w swoich łamach: z całą gotowością podejmujemy się tego zobowiązania w tem silnem przekonaniu, że służenie tego rodzaju wszystkim towarzystwom lekarskim polskim, istniejącym po za granicami kraju i nie posiadającym własnego organu, jest znaczną i nie najmniejszą częścią posłannictwa i zadania pisma polskiego.

* Do zarządu „Towarzystwa polskich lekarzy w Chicago“ na r. 1905 wybrani zostali: prof. W. A. Kuflewski — prezesem; Dr. Sieminowicz — wiceprezesem; Dr. F. Kalaciński — sekretarzem; Dr. Pietrzykowski — skarbnikiem.

* Docent uniwersytetu wiedeńskiego, Dr. Henryk Halban, mianowany został profesorem nadzwyczajnym psychiatryi i neuropatologii w Uniw. lwowskim.

* Uchwałę krak. Wydziału lekarskiego, mianującą Dr. Stanisława Drobę docentem bakteryologii, zatwierdził minister oświaty.

* Czytelnia Towarzystwa lekarskiego krakowskiego posiada w tej chwili przeszło 40 czasopism lekarskich polskich, czeskich, kroackich, rosyjskich, francuskich i niemieckich. O ile słyszeliśmy, jest zamiar znacznego pomnożenia liczby pism, zwłaszcza miesięczników i kwartalników.

* Posiedzenie pełnej Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej odbędzie się w dniu 4 lutego b. r.

* Między 1 a 7 stycznia 1905 doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: czortkowskim, dolniańskim, jaworowskim, kamioneckim, kołomyjskim, myślenickim, przemyślańskim, staro samborskim, stryjskim, tłumackim, zaleszczyckim po jednej gminie i 2 przypadki w mieście Lwowie.

Mianowania i odznaczenia. Doc. higieny w Berlinie Dr. Wolpert otrzymał tytuł profesora. Doc. anat. patolog. Dr. Kaiserling otrzymał tytuł profesora w Berlinie. Dr. Rollé mian. został prof. kliniki okulistycznej w Lugdunie.

Nekrologia. Zmarli: Dr. van Aubel, b. prof. sądowej medycyny, zmarł w Leodyum. Prof. Abbé, znakomity fizyk, który położył wielkie zasługi przez udoskonalenie mikroskopu, zmarł w Jenie.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 2. Bełkowski i Starkiewicz: O zachowaniu się roztworów kwasów wlanych do żołądka. Dembiński: Przyczynek do badań nad substancyą uczulającą (sensibilisatrice) prątka gruźliczego.

— *Medycyna* Nr. 2. Palmirski i Zebrowski: O płonicy pod względem bakteryologicznym i o surowicy przeciwbłoniczej. Mutermilch: Obecny stan nauki o tworzeniu się i wydzielaniu kw. moczowego w stanach normalnych oraz patologicznych, zwłaszcza w dnie.

— *Revue v neurologii, psychiatrii, fisikalni a diaetetické therapii* Nr. 1. Scherer: Eclampsie ve věku dětském. Niederle: Neuralgia nervi buccinatorii.

— *Liečnički Viestnik* Nr. 1. Durst: Carcinoma portionis vaginalis uteri gravidi. Sectio caesarea vaginalis sec. Dührssen et extirpatio uteri totalis vaginalis. Spiller: Slučaj neosnovane sumnje zadavljenja.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 3. Maixner: Některe zkušenosti o angina pectoris (c. d.). Hynek: Röntgenotherapie leukaemie. Vanýsek: Čtyři případy aneurysmatu aorty s kompressi arteriae pulmonalis (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 3. Auvray: Pęknięcie urazowe nerki i resekcya brzegu chrząstkowego klatki piersiowej. Siccard: Odruch skórny brzucha w przebiegu duru brzusznego i zapalenia wyrostka robaczkowego u dziecka. Romme: Ciężar gatunkowy ciała i wczesne rozpoznanie rozmiękczenia kości.

— Nr. 4. Fontoynont i Jourdran: Wrzód „malgache“ (wrzód żrący krajów gorących) i jego leczenie. Tuffier: Surowica nieswoista użyta do leczenia guzów (nowotworów).

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 5. Fraenkel: Wpływ alkoholu na wrażliwość królików do wytwarzania bakteryi. Baumgarten i Hegler: O uodpornieniu przeciw gruźlicy. Umber: Wydzielanie soku żołądkowego u człowieka po gastrostomii przy żywieniu pozornem i drogą jelita odchodowego. Bickel: Doświadczalne badania soku żołądkowego. Halberstaedter: Działanie promieni Roentgena na jajniki Klein: Kazuistyczny przyczynek do leczniczego stosowania przeciwpaciorkowcowej surowicy Aronsona. Eulenburg: O schorzeniach nerwowych i umysłowych po wypadkach, wywołanych elektrycznością (dok.). Reitzke: Uwagi nad drogami zakażenia w gruźlicy płucnej.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 3. Grünberg. Przyczynek do kwestyi własności aglutynujących surowicy durowej na „paratyphus“ i pokrewne bakterye. Selter: Rozpoznanie duru zapomocą „Typhusdiagnosticum Fickera“. Flatau i Wilke: O „Typhusdiagnosticum Fickera“. Eichler: Spożytkowanie „Typhusdiagnosticum Fickera w krajach podzwrotnikowych. Deneke: O mniemanym „wewnętrznym leku odkażającym“ gryzerynie. Heil: Poród kleszczowy. Maas: Przypadek wścieklizny ludzkiej. Rottenstein: Ciężki przypadek tężca. Theilhaber Patologia i terapia przewlekłego zapalenia trąbek (dok.). Bruns: Próby odkażania przy tęgoryjcu (c. d.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 3. Hinterstoisser: Chirurgiczne leczenie modzelowatego, przedziurawiającego wrzodu żołądka. Oppenheim: Skombinowane jodowo-chinowe leczenie tocznia rumieniowego podług Hollandra i niektóre objaśnienia tego leczenia. Spitzy: O ogólnej technice plastyki nerwów. Fraenkel: W sprawie konstytucyi chorych na raka.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 3. Leube: W sprawie białkomoczu fizyologicznego. Kraus: Uwagi nad czynnościowem rozpoznaniem chorób serca. Schmidt: Leczenie nawykowego zatwardzenia. Włosogłówka (*trichocephalos*) przyczyną śmierci. Casper: Rozpoznanie i leczenie gruźlicy nerek. Bürkner: Leczenie schorzeń nerwowych ucha. Rubinstein: Przypadek osobliwy czynności zastępczych.

Redakcya otrzymała. Grossek: O gimnastyce zdrowotnej. Borzymowski: Trzy przypadki zeszycia ran serca i teorya zeszywania ran serca.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 3 (od dnia 15/I do 21/I) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 39, dziew. 36; nieżywo: chł. 2, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 25. kob. 28; zamiejscowych: męż. 15, kob. 9.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 3, obcych —. 2) gruźlica: miej. 10 ob. 7. 3) zapalenie płuc: miej. 8, ob. 1. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 1. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. —. 8) odra: miej. 1, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. —, ob. 1. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. 1. 20) choroby narządu krążenia: miej. 8, ob. —. 21) nowotwory: miej. 5, ob. 4. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 14, ob. 7. 23) śmierć przypadkowa: miej. 2, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. 1. **Razem:** miejscowych 53, obcych 24.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dnia 1 lutego, o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy,*** posiedzenie zwyczajne, na którem kolega Dr. T. Żeleński wygłosi dwa odczyty: I. O stosowaniu pasteuryzacyi mleka w użytku domowym (z demonstracyą przyrządu do pasteuryzacyi systemu Contant). II. Sztuczne i mieszane żywienie niemowląt a instytucya „Kropli mleka“ *(Goutte de lait)* we Francyi.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Aqua ferro-calcea „Terlik“. Wobec szerzącej się coraz więcej gruźlicy ważne są środki, działające korzystnie na ustrój już w najwcześniejszych okresach suchot, gdy dopiero szczyty płuc są zajęte. Dlatego należy zwrócić uwagę lekarzy na przetwór, wprawdzie nie nowy, ale mało znany, mianowicie aqua ferro-calcea „Terlik“. Składa się on z ferrum pyrophosphoricum, calcium phosphoricum, gliceryny (dla trwałości) i nastoju korzennego (corrigens). Wapno w połączeniu z żelazem działa wprawdzie korzystnie, porzucono je jednak z powodu pewnych stron ujemnych. Tych aqua ferro-calcea nie posiada: jest łatwo strawna, ma dobry smak, nie psuje zębów i nie upośledza łaknienia. Szczegóły patrz w ogłoszeniach.

Bazylejska fabryka chemiczna, Bazylea (Szwajcarya).

Kryofina najszybciej działający i najpewniejszy lek przeciwgorączkowy i kojący ból, szczególnie w rwie kulszowej i innych nerwobolach

Vioform najlepszy środek zastępczy zamiast jodoformu, bezwonny, dający się wyjałowić.

Ferratogen (nukleina żelazawa), nie ulega działaniu soku żołądkowego, nie sprawia zaburzeń żołądkowych.

Sulfurol zastępuje zupełnie Ammonium sulfo-ichthyolicum.

Piśmiennictwo, próbki leków i wszelkie wyjaśnienia na żądanie.

Antypiryna zupełnie czysta.

Fenacetyna krystaliczna i w proszku.

Kwas acetylosalicylowy najczystszy.

Skład główny na Austro-Węgry:

Carl Barolin, Wiedeń, VII/1, Apollogasse 8.

Telefon 7992. 52

Vereinigte Chininfabriken ZIMMER & Co FRANKFURT a/M.

CHINAPHENINA

połączenie chininy i fenetydyny, bez smaku, wypróbowany środek w **krztuscu, grypie, zimnicy i nerwobolach.**

ARISTOCHINA

lek przeciwgorączkowy, bez smaku, skuteczny w **grypie, durze, krztuścu i zimnicy.**

SAALCHININA

związek chininy, bez smaku, działa leczniczo i kojąco w rozmaitych **nerwicach**, znakomity lek przeciwgorączkowy, szczególnie w **durze**, gdyż działa łagodnie i nie drażni.

RHEUMATINA

działa w ostrym **gośćcu stawowym**; jako zupełnie pozbawiony smaku i nieszkodliwy dla żołądka i serca jest lek ten wskazany w najcięższych przypadkach.

Próbki i piśmiennictwo rozsyła się pp. lekarzom na żądanie darmo i opłatnie. 3. II.



KAROL GUST. HILDEBRANDT

Kraków, Plac Szczepański 8.

I. Galicyjski Zakład techniczny szklanych wyrobów naukowych.

Przyjmuje wszelkie naprawy.

Specyalność: termometry lekarskie precyzyjne ze szkła normalnego.

Wyrób premiowany.

Przyjmuje używane rurki (futerały) z termometrów.

Dostawca wielu klinik i szpitali. — Liczne świadectwa pp. lekarzy. —

154 Cenniki na żądanie.

Polecone przez Świetne Tow. lekarskie krakowskie.

Z pomiędzy dziś znanych przetworów żelazistych jest najłatwiej strawnym i nie psującym zęby środkiem

LIQUOR MANGANO FERRI PEPTONATI

składu 0·60% Fe i 0·10% Mn wyrobu

APTEKARZA D. MATULI W PODGÓRZU.

Polecany jako środek lekko strawny, pobudzający apetyt, w błednicy, braku krwi, malaryi, zołzach, w kobiecych i nerwowych słabościach.

Sposób użycia: Dzieciom do lat 12 daje się 2 razy dnia po łyżce od kawy z mlekiem; osoby dorosłe używają 2—3 razy dnia po łyżce stołowej.

Na składzie w każdej większej aptece. Cena 2 korony.

Wyrób krajowy tańszy o 25% od takiegoż niemieckiego Dr. Gudego w Lipsku

Dwie flaszki wysyłam franco

VICHY ETAT

PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA

VICHY

Własność rządowa francuska

Należy dobrze oznaczyć nazwisko przspisując użycie Wód.

VICHY CÉLESTINS Słabości żołądka, pęcherza, dolegliwości wkrzyżach, podagra, cukrzyca.

VICHY GRANDE-GRILLE Słabości wątroby i organów żółć wydzielających.

VICHY-HOPITAL Słabości żołądka i kiszek.

PASTILLES VICHY-ETAT Mozolne trawienie, kwasy, dwa albo trzy po jedzeniu.

COMPRIMÉS VICHY-ETAT Wydające wjednej chwili wodę alkaliczną gazową do łatwiejszego trawienia.

VICHY ETAT